Martha Celia Ramírez-Gálvez

NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS CONCEPTIVAS: FABRICANDO A VIDA, FABRICANDO O FUTURO

Campinas, SP

2003

Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Martha Celia Ramírez-Gálvez

Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Fabricando a vida, fabricando o futuro

Tese de Doutorado em Ciências Sociais, apresentada ao Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, sob orientação da Profa. Dra. Mariza Corrêa

Este exemplar corresponde àversão final
da tese defendida e aprovada pela Comissão
Julgadora em 11 de Setembro de 2003

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Mariza Corrêa (Orientadora)

Profa. Dra. Marilena Villela Corrêa

Profa. Dra. Claudia Fonseca

Prof. Dr. Laymert Garcia dos Santos

Profa. Dra. Maria Filomena Gregori

Profa. Dra. Maria Coleta F.A. de Oliveira (Suplente)

Profa. Dra. Alejandra Rotania (Suplente)

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP

R145n

Ramírez-Gálvez, Martha Celia
Novas tecnologias reprodutivas conceptivas : fabricando a vida, fabricando o futuro / Martha Celia Ramírez. - - Campinas, SP : [s. n.], 2003.

Orientador: Mariza Corrêa.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Reprodução humana – Inovações tecnológicas. 2. Inseminação artificial humana. 3. Parentesco. 4. Antropologia. 5. Gênero. 6. Consumo. 7. Biotecnologia. I. Corrêa, Mariza. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Para Alberto, em memória, e André;

Para aqueles com os quais partilho o desejo e a tentativa de inventar relações.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível com o carinho, apoio e colaboração de muitas pessoas, num período que não se restringe aos anos do doutorado. Dificilmente posso mencionar todas elas, mas sou grata pelas contribuições à tese e pelos bons momentos. Agradeço a todas/os, em especial,

Ao Cemicamp, onde se iniciou meu ciclo no Brasil.

À Mariza, minha Mestra, pela acolhida, generosidade, carinho, por promover a autonomia, confiança, enfim... pelas orientações que vão muito além dos trabalhos de mestrado e doutorado.

À Maria Coleta F.A. de Oliveira e Adriana Piscitelli pela participação e valiosas sugestões na banca de qualificação.

Ao Laymert, Marilena, Bibia e Cláudia com o/as que mantive um diálogo, nas diversas perspectivas desta pesquisa, diretamente ou através de seus textos.

Às/os entrevistadas/os, Luis Bahamondes, Jorge Hallak, Patricia Pietri, Rose Melamet, Edson Borges, Arlette Modelli, ao vendedor-propagandista e às psicólogas e assistentes sociais da Vara da Infância de Campinas: Amália, Isabel, Lorena, Betty, Hilka.

Às/aos professoras/es do IFCH, especialmente à Guita Grin Debert, Suely Kofes, Vanessa Lea, Tom Dwyer, Heloisa Ponte e ao Plínio Prado Júnior, professor visitante em 2002.

Ao pessoal da secretaria do IFCH, Lourdinha, Cristina, Júnior e, especialmente, Gilvani.

Às colegas da Área de Família e Gênero. Sou especialmente grata à Rosely, Érica, Gabriela, Elisiane, Anna Paula, Carla e à sensibilidade de Flávia Motta e Heloísa Buarque de Almeida, em sintonia para além das teorias.

À animada turma do doutorado, em especial ao Osvaldo, Gustavo e à amizade da Gláucia e Fátima.

Às colegas estudiosas das biotecnologias e às debatedoras deste trabalho em vários eventos: Miriam Grossi, Fabíola Rohden e Débora Diniz. À Daniela Manica e Vera Menegon pela prazerosa troca de figurinhas e, de maneira muito especial, à Alejandra Rotânia pela cumplicidade, consonância e pela força.....

Ao Núcleo de Estudos de Gênero Pagu pelo apoio logístico em diversos momentos, especialmente à Luciana, Jadison e Regiane.

Agradeço às pessoas que estiveram antenadas com o universo desta pesquisa e me ajudaram na coleta de informação e às que contribuíram para restabelecer o ânimo nos momentos de desmotivação.

Ao Jairo, Mario, Ana Maria e João pelo cotidiano, pela amizade e por tomarem conta dos assuntos domésticos nos momentos de tensão, entrega de relatórios e final de tese. À Ana Maria e ao João pelas instigantes discussões, escuta atenciosa e pelas tantas correções do português.

Na edição final da tese agradeço à inestimável disposição e contribuição do Ricardo pelo belo tratamento das imagens e pela força nos momentos de pane informático; do Mauro pela ajuda nos assuntos técnicos e impressão da tese e por se dispor, da mesma forma que o Paulo, a ficar de plantão. Ao Mané pelo *Abstract* e à Iara pela generosidade, prontidão e disposição para corrigir os originais.

À minha família pela torcida. Sou sensivelmente grata ao Hernán por segurar as pontas nos assuntos familiares. Também agradeço o carinho das famílias de escolha, Fernandez Varón e Fernandes de Souza.

Às/aos várias/os amigas/os com os quais tentamos fazer nosso cotidiano em Campinas mais grato: Amélia, Eliana, Elisa, Zé, Ruth e Adilson, Sofia e Javier, Patrícia e Victor, Camilo, Humberto, Gisele....

Às/aos amigas/os "históricas/os" Érico e Esperanza, Fer, Wanda, Carmencita, Bea, Victória. Ao Andrés e Luis pela constância e incondicionalidade.

À FAPESP pelo financiamento desta pesquisa.

RESUMO

Esta tese discute a configuração e consolidação da Reprodução Assistida (RA) no Brasil, identificando os agentes de socialização e os mecanismos de produção de sentido dos novos modos de geração da vida. A análise está centrada na ressignificação da ausência involuntária de filhos, atentando para a construção do desejo de filho biológico, passível de realização médico-tecnológica, que extrapola as relações heterossexuais. Partindo da hipótese que RA amplia ou implode o modelo de sexualidade heterossexual e reprodutiva, analisamos as implicações da ruptura do modelo de causalidade entre cópula e procriação nas relações de parentesco e gênero. No deslocamento da reprodução da alcova para o laboratório, a concepção deixa de ser um ato privado, de práticas erótico/amorosas, para se constituir em um evento público com a participação de terceiros (equipe, clínica, doador/a) e com mediações profissionais e econômicas. Dados iniciais levaram à necessidade de contextualizar esse campo na inter-relação entre ciência, tecnologia e capital, na qual o progresso científico é incorporado na figura do *tecno-embrião*, como empreendimento contemporâneo de mercantilização e consumo biotecnológico atrelado à *fetichização* do gene, que afirma valores tradicionais associados à família consangüínea. A composição desse campo se realizou a partir de várias fontes de informação: mídia escrita e eletrônica; congressos de especialistas em RA; páginas eletrônicas, folhetos publicitários de clínicas, medicamentos e equipamentos para RA; livros de divulgação; boletins de agremiações de especialistas e pareceres dos Conselhos Federal e Regional de Medicina. A divulgação de narrativas do desejo de filho biológico apresenta uma linguagem mercantilista, ofuscando a centralidade das mulheres na RA, que se tornaram agentes passivos de habilitação médico tecnológica. A ressignificação de modelos de sexualidade e reprodução é reapropriada pela tecno-medicina, que os submete às suas regras e à lógica do capitalismo contemporâneo, transformando "o que faz bater o coração mais rápido" em *commodities*. Refinadas formas de controle operam nesse campo mediante a reprodução seletiva, que descarta os aspectos indesejáveis da humanidade numa manipulação sem limites do saber e do poder tecnológico, diluindo as fronteiras entre clínicas de RA e laboratórios e a responsabilidade pelo futuro da humanidade.

ABSTRACT

This work discusses the formation and the consolidation of assisted reproduction (AR) in Brazil, identifying socialization agents and mechanisms of production of meaning of the new forms of life generation. More specifically the "re-signification" (new meanings) of involuntary childlessness was studied with special attention to the construction of a desire for a biological child which goes beyond heterosexual relationships in the context of Assisted Reproduction. The hypothesis was that AR could either enlarge or implode the model of heterosexual and reproductive sexuality within and for which the new technologies have been developed. In this sense, the implications of the rupture of the cause and effect model between intercourse and procreation in the family and gender relationships were analysed. As a result of the moving of the reproduction site from the bedroom to the laboratory, conception ceases to be a private act of erotic and love practices to become a public event which adds the participation of a medical team, a clinic and a donor with professional and economic interests. Initial data led to the necessity of contextualizing this field in the relationship among science, technology, and capital in which scientific progress is embodied in the figure of the *techno-embryo* as a contemporary enterprise of biotechnological mercantilization and consumption linked to a fetish of the gene which reinforces traditional values associated to family blood ties. Several information sources contributed to the construction of this field: the media; congresses of AR experts; home-pages; clinic flyers; AR drugs and equipment; information manuals; journals and regulations set by the Federal and Regional Medicine Councils. Besides a rapid expansion of this field in Brazil, narratives of the desire for a biological child in a businesslike language, and the loss by women of the main role in AR were observed. Women have become passive agents of technological and medical abilitation. The re-signification of models of sexuality and reproduction was observed, although this re-signification has been taken over by the techno-medicine which submits these models to its rules and to the logic of contemporary capitalism which transforms something that "makes the heart beat faster" into a commodity. Refined forms of control operate in this field through the selective reproduction which gets rid of undesirable traits of humankind in a limitless manipulation of the power brought by technological knowledge, causing an overlap between AR clinics and Laboratories and a loss of responsibility for the future of humanity.

SUMÁRIO

Introdução 1

Aspetos metodológicos 11

I PARTE – A Reprodução Assistida na mídia 17

O surgimento da Reprodução Assistida no Brasil 18

A Reprodução Assistida na mídia eletrônica 20

A Reprodução Assistida na imprensa escrita 27

As novidades tecnológicas 30

Os programas de acesso às novidades tecnológicas 37

A ciência a jato e a lei de tílburi 41

Aspectos sociais e psicológicos 53

Considerações acerca da RA na mídia 57

II PARTE – Assistindo à reprodução no contexto dos especialistas 65

V Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida 65

O crescimento da Reprodução Assistida no Brasil 66

As discussões técnicas: FIV ou ICSI? 71

Mother nature or the hand of man? 72

As questões jurídicas ou de como "os senhores" podem se proteger 78

Os embates entre os especialistas 83

I Jornada de Psicologia e Reprodução Assistida 86

No caminho das pedras: a intervenção psicológica na Reprodução Assistida 88

Serviços públicos e privados de Reprodução Assistida 92

O filho virtual 96

Considerações acerca das reuniões de especialistas 97

III PARTE – Construindo sonhos 103

A medicalização da infertilidade 108

Corpos sem pessoa 114

Indústria farmacêutica, médicos e parcerias 117
A construção social da doença e seu mercado 118
Os deslocamentos como efeitos materiais 124
Estratégias de divulgação para usuárias/os 133
Quero ser mãe 133
Tudo por um bebê 137
A maravilhosa fábrica de bebês 140
Clique aqui e realize seu sonho... 146
A construção do sonho 146
Habilitando a natureza 153
Receita de bebê 157
As clientes da cegonha tecnológica 160
Fertilizando sonhos com facilidades de pagamento 168
Capital, ciência e tecnologia 172
Os filhos como prescrição na cultura do consumo biotecnológico 175

IV PARTE – Corpos sexuados, corpos reprodutivos 181
Criando gêneros 183
Modelos subversivos ou compulsórios de sexualidade? 188
Our machines/Our selves – As críticas feministas 194
O casal infértil 198
Criando parentesco 200
Novas ou velhas questões no plano do parentesco? 204
Recriando relações 208
Desejo de filho 213
A incorporação tecnológica. O caso da adoção de embriões 217
O desprestígio tecnológico da adoção de crianças 219

EPÍLOGO – O futuro é hoje 225
GLOSSÁRIO 229
BIBLIOGRAFIA 233
APÊNDICE – O contexto demográfico 255
ANEXO – Comparativo entre os PL no Congresso Nacional e a Resolução do CFM 259

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Catálogo *Meizler* – Este sonho pode ser estimulado... 108

Figura 2 Catálogo *Meizler* – Atividade de vida 122

Figura 3 Propaganda Laboratório *Serono* – Gonal F 127

Figura 4 Propaganda Laboratório *Serono* – Crinone 128

Figura 5 Propaganda Laboratório *Serono* – Metrodin 129

Figura 6 Propaganda Laboratório *Serono* – What's behind high scores? 131

Figura 7 Propaganda Laboratório *Organon* -Puregon 132

Figura 8 Propaganda Laboratório *Serono* – So you want to have a baby 132

Figura 9 Técnicas de micromanipulação de gametas 142

Figura 10 A maravilhosa fábrica de bebês 144

Figura 11 Chamariz Centro *Procriar* 147

Figura 12 Chamariz Centro de Reprodução Humana *Matrix* 147

Figura 13 Chamariz Clínica *Diason* 148

Figura 14 Chamariz Centro de Reprodução *Segir* 148

Figura 15 Passos da fertilização 154

Figura 16 Capa da Revista *Veja* 163

Figura 17 Campanha Proteja sua Fertilidade. 199

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Número de matérias sobre RA publicadas pelo jornal *Folha de S.Paulo* 28

Gráfico 2 Número de matérias, segundo o local de origem 29

Gráfico 3 Técnicas de RA utilizadas na América Latina 70

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Registro dos Centros de RA no Brasil 67

Quadro 2 NTRc: Doadores de óvulos, esperma e útero e os resultados genéticos 203

Quadro 3 Adoções autorizadas pela Corregedoria Geral de Justiça – SP 223

INTRODUÇÃO

Alguns meses depois de dar à luz um casal de gêmeos, diagnostica-se um câncer na mãe, cujo tratamento, a base de quimioterapia, a deixa estéril. Certo dia, num trágico acidente, o carrinho dos gêmeos é atropelado por um carro. As crianças são levadas ao pronto socorro e morrem. Dois anos depois, quando os pais já estavam se resignando ante a perda dos filhos, são informados que no dia do acidente um médico do pronto socorro havia coletado amostras do tecido do corpo dos gêmeos, o que possibilitaria a utilização dessas células para realizar a clonagem dos filhos. O narrador desse hipotético caso, o biofísico Lee M. Silver (1997)[1], pergunta se não seria válido que o casal mantivesse e realizasse seu desejo de ter mais filhos biologicamente aparentados, mediante a clonagem dos gêmeos falecidos.

No exemplo hipotético de Silver, inicialmente, o casal aceita a clonagem de um dos filhos e, três anos depois, realiza-se a clonagem do outro. Dessa maneira, a "familia es ahora completa y totalmente normal, con una niña de cuatro años y un niño recién nacido." (Silver, 1997, p.162). O autor considera que não haveria nada de errado no uso da clonagem nestes casos, em função do direito Constitucional à reprodução. O que seria antiético, a seu juízo, seria a renúncia ao uso de uma tecnologia segura, por parte de um casal em circunstâncias incomuns. O argumento principal do autor, para justificar o uso de diversas tecnologias conceptivas, fundamenta-se no direito à reprodução para constituir uma família *completa e normal*, definida pela presença de pai, mãe e filhos, preferivelmente dois, de diferentes sexos; e no pressuposto de que os casais "felizmente unidos" desejam e sempre desejarão ter filhos que "representen la consumación final de su amor mutuo: un hijo que no proceda de un progenitor, sino que mezcle sus dos herencias genéticas." (Silver, 1997, p.164).

Não obstante, o desejo de ter um filho biológico, admite Silver, nem sempre se restringe à consumação de um amor conjugal, seja hetero ou homossexual. Também considera a possibilidade das mulheres serem mães solteiras no universo tecnológico. Uma mulher sozinha pode combinar uma célula da sua pele com um de seus óvulos não fertilizados e implantá-lo no seu útero, lugar onde se desenvolverá seu filho-clone. Da mesma forma, os casais de lésbicas poderão partilhar a maternidade

[1] Silver é catedrático do Departamento de Biologia Molecular, Ecologia e Biologia Evolutiva e do Programa de Neurociências da Universidade de Princeton. Graduado e Mestre em Física pela Universidade de Pensilvânia e Doutor em Biofísica pela Universidade de Harvard. Pesquisa sobre genética, evolução, reprodução e biologia do desenvolvimento. Atualmente se interessa pela genética da conduta; ministra cursos e conferências sobre o impacto da biotecnologia, especialmente, reprogenética. Em 1993, foi eleito membro da *American Association for the Advancement of Science.* Autor do livro *Vuelta al Éden. Mas Allá de la clonación en un mundo feliz,* uma visão "cautelosamente otimista" dos avanços científicos, considerados inevitáveis e incontroláveis num futuro próximo (Silver, 1997).

biológica de um filho. Uma delas poderia proporcionar o óvulo para ser fertilizado com a célula somática de sua parceira. "El hijo que naciera estaría emparentado por sus genes con una madre, y emparentado por nacimiento con la otra, de modo que ambas mujeres podrían correctamente llamarse a sí mismas madres biológicas." (Silver, 1997, p.164).

Iniciamos a apresentação desta pesquisa com Silver, dado que o conteúdo de seu livro, escrito no limite entre ficção e realidade, entre os mais tradicionais e os mais inusitados arranjos sociais, introduz várias questões apresentadas neste trabalho, que propõe discutir a tecnificação da reprodução humana, aqui chamada de Reprodução Assistida (RA) ou Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (NTRc). A discussão visa identificar os agentes desse desenvolvimento e compreender os processos através dos quais as NTRc são socializadas, configurando um campo de intervenção e pesquisa de rápida expansão no Brasil. De maneira particular, procuramos analisar a ressignificação da ausência involuntária de filhos por via da tecnologia aplicada à fabricação da vida, necessária para a construção de um desejo passível de realização médico-tecnológica.

As tecnologias reprodutivas, no geral, abrangem uma série de métodos que possibilitam a ocorrência, a interrupção e a prevenção da concepção. Porém, delimitamos nosso campo de análise às NTRc, termo no qual englobamos as diversas formas de assistência médico-tecnológica à concepção para referir as gestações que não aconteceriam espontaneamente. Isto é, eventos que colocam a intervenção médico-tecnológica como condição necessária para sua ocorrência. Usar, neste contexto, a nomeação de RA ou NTRc é uma forma de distinguir e contrapor a concepção obtida mediante a conjugação dos corpos no intercurso sexual, daquela que acontece no laboratório ou com intervenção médica, na ausência de coito.

Algumas/ns autoras/es usam o termo reprodução assexuada para indicar esses processos, mas, como observa Queiroz (2002), no sentido estrito, essa nomeação é inadequada. O fato de não existir cópula e ejaculação intravaginal não configura uma reprodução assexuada, pois o caráter sexuado refere-se à fusão dos dois gametas. A primeira ocorreria a partir de um único genitor, sem combinação de material genético, como no caso da clonagem. Ainda assim, usamos o termo reprodução sexual para indicar o encontro dos corpos num ato erótico/amoroso e o termo reprodução sexuada para indicar a junção dos gametas.

A RA engloba uma série de técnicas, tais como a Inseminação Artificial (IA)[2], Fertilização *In Vitro* (FIV)[3], Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide (ICSI)[4]; ligadas a outro tipo de técnicas

[2] A IA consiste no depósito de espermatozóides diretamente no trato genital feminino (vagina, colo uterino ou cavidade uterina) mediante o uso de uma cânula. O sêmen pode ser do parceiro da mulher ou de doador anônimo. A fecundação acontece no corpo da mulher.

[3] A FIV permite o encontro entre óvulo e espermatozóide fora do corpo da mulher. *Grosso modo,* o sêmen é obtido mediante masturbação e o óvulo mediante um procedimento bem mais complexo: o ovário é hiper-estimulado com medicamentos hormonais para produzir mais do que um óvulo. O crescimento e

genéticas complementares que possibilitam a manipulação, seleção, doação e congelamento de gametas. Estas técnicas foram desenvolvidas para contornar a infertilidade definida, pela Organização Mundial da Saúde e pela *American Society for Reproductive Medicine*, como a ausência de gravidez ao longo de um ano de relações heterossexuais não protegidas. O critério para definir desse modo a infertilidade surge da observação de que em cada ciclo menstrual um casal tem 20% de possibilidades de gravidez, que ao cabo de um ano se transformam numa probabilidade cumulativa de 97%. Segundo Faundes (1993), estima-se que 80% dos casais considerados normais engravidam no primeiro ano de relações não protegidas e 10% conseguem engravidar no segundo ano. Os 10% restantes são considerados com problemas de esterilidade.

Contudo, a infertilidade passível de ser contornada mediante o uso dessas tecnologias, ultrapassa sua definição inicial e se estende a outras situações em que a dificuldade reprodutiva não necessariamente esta dada por um impedimento da função orgânica/corporal. O uso das NTRc se expandiu a outras situações, como a reprodução em pessoas celibatárias, relações homossexuais ou à maternidade tardia.

O interesse em analisar a RA surgiu de uma pesquisa anterior (Ramírez-Gálvez, 1999), que explorou como o campo reprodutivo se configura em diversos âmbitos: político, conceitual e das negociações reprodutivas entre mulheres e homens, mediante a indagação dos repertórios que fundamentam as noções e dinâmicas sociais, perpassadas por gênero, presentes em cada um dos âmbitos. Esta análise tomou como ponto de referência questões relativas ao aborto voluntário, experiência que, ao se configurar como ruptura e contravenção de normas sociais que regulam o comportamento sexual, poderia colocar em evidência o termos reguladores da reprodução.

A representações das diferenças sexuais na reprodução foram argumentos substanciais no plano das negociações de homens e mulheres e nas reivindicações políticas dos grupos feministas para a determinação de direitos reprodutivos. O campo reprodutivo tem sido configurado como essencialmente feminino, em conseqüência da fecundação, a gestação, o parto e a amamentação acontecer no corpo das mulheres. O direito de escolha para dar ou não continuidade à gravidez é atribuído a elas, uma vez que as maiores implicações e mudanças, no caso de continuar a gestação,

---

amadurecimento são acompanhados mediante ultra-som e os óvulos são extraídos do corpo da mulher mediante procedimentos que utilizam anestesia local ou geral. Uma agulha é introduzida em cada um dos folículos maduros e seu conteúdo é aspirado. A agulha chega ao folículo através do fundo da cavidade vaginal ou pela uretra. Os óvulos e os espermatozóides de melhor qualidade são colocados em um meio de cultura, fora do corpo, para que aconteça a fecundação. Os pré-embriões são transferidos para o útero.

[4] A ICSI surgiu como uma alternativa para infertilidade masculina, seja por baixa contagem, anomalias de mobilidade ou por ausência de espermatozóides. No último caso, é utilizada uma célula precursora do espermatozóide (espermátide). Os espermatozóides ou o espermátide são colocados num meio de cultura, onde são preparados. Um deles é injetado diretamente no óvulo, mediante o uso de micro-manipuladores. Os óvulos são coletados da mesma forma que na FIV. A ICSI foi experimentada diretamente em humanos, em 1992, e desde 1993 está disponível no Brasil.

incidem no seu corpo e na sua vida. Essa centralidade e o vínculo corporal com o produto da gravidez dá a ela preeminências no campo reprodutivo; questão que apareceu claramente definida nas negociações do grupo pesquisado (mulheres e homens com nível de instrução superior), numa situação concreta de interrupção de gravidez, assim como no plano político, no qual se reivindica o direito à autonomia corporal das mulheres.

O que acontece quando a reprodução, ou pelo menos parte desse processo, é deslocado do corpo da mulher para o laboratório, local onde se acrescenta a participação de uma equipe? No contexto tecnológico, a reprodução não envolveria apenas um casal, mediado por trocas eróticas e/ou afetivas num espaço privado, mas um grupo de pessoas com mediações profissionais e/ou econômicas num espaço público. A introdução da figura do terceiro (a clínica, o/a médico/a, o/a doador/a) e a recontextualização da fecundação em outro cenário produzem mudanças nas nossas formas de conceitualizar e regular a reprodução? A RA intervém no processo procriativo de diversos modos, conforme as causas da ausência involuntária de filhos[5] e conforme as técnicas disponíveis. Assim sendo, poder-ia-se constituir numa forma de "desagregar e desorganizar" os corpos reprodutivos, permitindo explorar as ficções reguladoras (Haraway, 1995) no campo da sexualidade e da reprodução que, entre outras coisas, compreende a maternidade como algo natural e a paternidade como algo cultural?

Até há pouco tempo, a infertilidade era um problema resolvido com a adoção de crianças. No entanto, na década de 80 passou a ser um problema médico que requer conhecimentos e tecnologia especializada para sua solução. Nesse sentido, observam-se mudanças nos termos descritivos desse campo: "de condição social, a infertilidade tornou-se um quadro clínico passível de ser controlado pela ciência." (Diniz, 2002, p.10).

A ciência, como processo de construção social, produz seus objetos. A invenção científica adquire sentido em sua capacidade de reinventar o social em função de valores que, no caso da RA, estão associados à fertilidade, gênero, maternidade, hereditariedade, reprodução consangüínea, parentesco, etc. Valores nos quais adquire relevância o desejo do filho biológico, tido como a principal justificativa para o desenvolvimento e oferta de serviços de RA (Corrêa, 2001a).

Dado que o objetivo deste trabalho foi analisar a configuração e expansão do uso das NTRc no país, tornou-se necessário compreender como o processo reprodutivo é fragmentado, reapresentado, para quais propósitos, por quem e para quem, e sua relação com a construção da naturalidade do desejo do filho biológico.

[5] Evitamos usar o termo infértil, uma vez que algumas das pessoas que procuram os procedimentos de RA podem ser férteis, mas estar em situações inférteis como o celibato ou uma união homossexual. Também evitamos, na medida do possível, referirmo-nos ao uso dessas técnicas como *tratamento,* uma vez que, na maioria dos casos, elas não cumprem a função de cura ou restabelecimento da função reprodutiva.

Com a RA e o desenvolvimento de tecnologias de diagnóstico genético e pré-natal, o embrião adquiriu uma visibilidade, literal e simbólica, que desloca o papel central da mulher no processo reprodutivo, produzido, também, por uma maior visibilidade da participação masculina (Novaes e Salem, 1995). Com o uso das NTRc haveria, na perspectiva destas autoras, um aplanamento das diferenças nos laços corporais que ligam homens e mulheres ao embrião, uma vez que os dois entrariam apenas como doadores de gametas na reprodução *in vitro*, ficando o resto por conta da equipe médica.

Ao iniciar esta pesquisa partimos de dois pressupostos. Um deles é que a compreensão ocidental dos "fatos biológicos" da reprodução, que estabelece uma relação causal entre cópula e procriação, constitui um aspecto nodal para as teorias de parentesco e de gênero. O segundo, decorrente do anterior, é que a RA, ao introduzir mudanças no modo sexual da reprodução, reconfiguraria as relações de parentesco, de maneira até agora inédita na visão do mundo ocidental contemporâneo. Portanto, os critérios para definir paternidade e maternidade na presença de doadores/as de gametas e de útero, entre outros, necessitariam ser revistos à luz da fragmentação do processo reprodutivo e da ausência de relação sexual. De umas/uns são os gametas, de outras o útero e de outras/os o desejo do filho.

Judith Butler (1990, 1993) nos instigou a pensar as NTRc como uma via para indagar e colocar em evidência a constituição cultural dos corpos, fantasias, desejos, representações e condutas, ligados aos fatos "naturais" da reprodução. A análise desta autora procura a desnaturalização e ressignificação de categorias corporais, ligadas à compreensão do sistema sexo/gênero e ao conceito de identidade. Propõe a teoria performática de atos de gênero, visualizando nas práticas *queer*[6] um exemplo de subversão e ressignificação de atos de gênero, que colocariam em evidência incongruências e/ou descontinuidades entre as dimensões contingentes de sexo (homem/mulher), identidade (masculino/feminina) e práticas sexuais (hetero/homossexual) reveladoras de uma estrutura imitativa de gênero.

Nessa lógica, a reprodução sexual concebida, em princípio, no domínio dos eventos naturais, também poderia ser suscetível de ser desvendada na sua interpretação cultural. Para tal efeito, foi necessário construir um esquema analítico que permitisse pensar a reprodução e as relações de poder que resignificam sua condição de naturalidade. O conceito de naturalidade requer uma discussão aprofundada, mas, neste contexto, refere-se não só à ocorrência da reprodução sem interferência médico-tecnológica, como também à suposta naturalidade de um desejo estimulado e reforçado por via

[6] O termo *queer,* traduzido como estranho, excêntrico, raro, além de ser usado na literatura anglo-saxônica para englobar homens e mulheres homossexuais, nomeia uma perspectiva de oposição e contestação, uma forma de se colocar na contra-mão da normalização. "*Queer* representa claramente a diferença que não quer ser assimilada ou tolerada e, portanto, sua forma de ação é muito mais transgressiva e perturbadora." (Louro, 2001, p.546).

das NTRc. A *naturalidade do desejo* de ter filhos *geneticamente aparentados e sadios* converteu-se na principal justificativa para o desenvolvimento acelerado de tecnologias reprodutivas, cada vez mais sofisticadas e invasivas, dado que a frustração desse desejo seria motivo de sofrimento para mulheres e homens que não podem conceber espontaneamente.

A medicalização e tecnicização da reprodução viabilizam práticas sexuais não necessariamente ligadas à reprodução (com o uso de contraceptivos) e possibilitam a reprodução sem sexo (com o uso das tecnologias reprodutivas), provocando o descolamento ou autonomia dos termos de uma matriz *heterossexual* e *reprodutiva,* considerada por Butler como âncora do modelo de identidade sexual, que supõe coerência entre sexo, identidade e práticas sexuais, aspectos centrais para as teorias de gênero. É justamente na incongruência entre esses termos que a autora atribui às práticas *queer* um lugar de subversão da identidade, na medida em que algumas destas performances divergem dos propósitos originais e, inadvertidamente, mobilizam as possibilidades dos sujeitos numa forma de expansão do que é culturalmente inteligível.

Nesse sentido, observamos que a RA teria surgido inicialmente para resolver a infertilidade nas relações heterossexuais, constituindo uma forma da tecnologia dar uma "mãozinha" à natureza, para realizar um desejo de reprodução que surgiria *naturalmente* no marco do amor conjugal heterossexual. Não obstante, a tecnologia reprodutiva viabilizou a possibilidade de ter um filho biológico em situações que, por definição, eram inférteis, extrapolando o contexto do casal heterossexual.

O descolamento ou autonomia dos termos da matriz (a heterossexualidade e a reprodução), por vias médico-tecnológicas, estaria ampliando o leque de possibilidades ou ressignificando a norma cultural sexual do mundo ocidental, culminando no sexo sem reprodução e, mais recentemente, na reprodução sem sexo. Assim sendo, a pergunta que surge é se as NTRc, criadas sobre a base de um modelo imitativo da natureza de reprodução heterossexuada, estariam abrindo brechas para o surgimento de demandas reprodutivas que poderiam ampliar ou implodir o modelo dentro do qual e para o qual foram desenvolvidas.

No entanto, as questões da biotecnologia, ligadas às possíveis alterações do campo reprodutivo e das relações de parentesco e gênero, não podem ser compreendidas num sentido restrito. É necessário indagar como as inovações tecnológicas produzem efeitos materiais em relação a valores culturais, como o enaltecimento do progresso científico e tecnológico ligado à idéia de bem-estar, à importância do desejo de reprodução e à demarcação de limites à manipulação da vida humana (Franklin, 1993).

O processo acelerado de produção biotecnológica nessa área está levando a uma crescente incorporação e banalização do uso dessas técnicas. A FIV, altamente polêmica e nova no final dos anos setenta, atualmente é considerada uma técnica *tradicional* em relação a outras que envolvem

micro-manipulação de gametas, como a ICSI, a transferência de citoplasma[7], a transferência de núcleo[8], maturação de gametas femininos *in vitro*[9], ou mesmo a clonagem[10]. Algumas dessas técnicas, ainda em processo de experimentação, já têm expectantes usuárias/os que criopreservam[11] seus gametas ou tecidos à espera do que está por vir, à espera de "consumir o futuro". O que também ocorre no Brasil.

Outra vertente teórica de grande importância na construção desta pesquisa corresponde à lógica de consumo biotecnológico e de mercantilização da produção da vida, que parece se apoiar na noção de progresso científico como valor em si. Foi necessário contextualizar o acelerado avanço tecnológico aplicado à produção da vida, assim como identificar os diversos agentes e dispositivos envolvidos na sua produção e difusão, que possibilitam que a fabricação da vida no laboratório adquira sentido e se torne parte do repertório das pessoas, inclusive em remotos lugares onde a tecnologia reprodutiva, longe de estar acessível para todas/os, é incorporada ao linguajar da população[12]. Observamos também a importância de indagar em quais contextos e através de quais dispositivos se produz a extrapolação do desejo e a procura pela reprodução do casal heterossexual para pessoas solitárias e casais homossexuais.

---

[7] Entre 10 e 20% do citoplasma do óvulo de uma mulher jovem é transferido para o óvulo de uma mulher mais velha com a finalidade de rejuvenesce-lo e obter embriões de melhor qualidade, com maiores possibilidades de implantação.

[8] O núcleo de um óvulo fraco ou defeituoso é transferido para o óvulo enucleado de uma doadora saudável. Nesse caso, todo o citoplasma da doadora é utilizado. A técnica é proibida em muitos países, por temor a que vestígios do núcleo original possam ocasionar anomalias.

[9] Técnica em experimentação que procura obter óvulos frescos a partir de fragmentos congelados de tecido ovariano. À diferença do sêmen, os óvulos não podem ser congelados.

[10] A clonagem consiste no esvaziamento do conteúdo genético de um óvulo não fertilizado, que em seguida é injetado com uma célula somática (de qualquer parte do corpo) extraída de outra ou da mesma pessoa. O óvulo, assim reprogramado, inicia seu processo de divisão celular, com uma carga genética igual a da pessoa de quem se tomou a célula somática. Essas células iniciais, chamadas de células T, células tronco ou células mãe são indiferenciadas e podem ser usadas para produzir qualquer tipo de tecido do corpo humano. Esse seria seu uso terapêutico. Se o óvulo, após de ser "fertilizado" com uma célula somática, é implantado num útero, teoricamente, poderá continuar seu desenvolvimento para gerar um ser humano vivo, idêntico ao doador da célula somática. Esse tem sido o procedimento recorrentemente apresentado na mídia. Alguns cientistas afirmam que, semelhante à transferência de citoplasma, na que haveria "contaminação" com as mitocôndrias da doadora, na clonagem também pode haver contaminação, o que implicaria que o clone não seria uma cópia exata do original.

[11] Preservação de tecidos, pré-embriões e espermatozóides, mantidos em baixa temperatura (-196^{o}C). As células são protegidas dos danos causados pelo congelamento e posterior aquecimento por substâncias chamadas crioprotetores.

[12] O alcance da difusão da RA no imaginário popular brasileiro pode ser visto no estudo exploratório, realizado nas cidades de Santos (SP) e Jacobina (BA), sobre o comportamento sexual e percepção do HIV/AIDS. Segundo dados desse estudo, 80% das pessoas entrevistadas declararam saber o que significava "inseminação artificial, fertilização *in-vitro,* bebês de proveta, barriga de aluguel". O último termo era o mais conhecido e utilizado nas duas localidades para identificar as técnicas de RA, difundido na telenovela *Barriga de aluguel* da TV Globo. O resultado surpreendeu as pesquisadoras, dada a ausência de serviços públicos e privados deste tipo, nesses lugares, especialmente em Jacobina, onde a maioria das pessoas entrevistadas possuía instrução primária, ouvia rádio diariamente e praticamente todas assistiam televisão (Corrêa, 1997).

Os trabalhos desenvolvidos, principalmente pelas antropólogas Sarah Franklin (1993, 1997, 1999) e Marilyn Strathern (1992, 1995, 1999), constituíram referências importantes para ampliar o foco da questão. A noção de *embodied progress* permite pensar a expansão e uso do avanço tecnológico como valor cultural, incorporado através de práticas reprodutivas, mas ancorados em valores tradicionais de hereditariedade, laços de sangue, e exacerbados com o conhecimento da genética e da biologia da reprodução. Isto é, o revigoramento da família consangüínea como valor.

Durante as políticas de Margareth Thatcher, no contexto britânico do final dos anos 80, o desejo de "produção" de família ganhou um significado cultural específico na redefinição de conceitos como nação, cidadania e políticas do corpo; nos quais se amalgamaram valores morais conservadores e políticas neoliberais (Strathern, 1992). Ainda que em décadas anteriores já fosse possível observar um fenômeno de tecnificação e mercantilização da reprodução de plantas, animais, micro-organismos e humanos, é na década de oitenta que a assistência tecnológica à concepção surgiu, na Grã-Bretanha, como um nicho de mercado na crescente economia dos serviços de saúde (Franklin, 1997). A RA parece ter se encaixado perfeitamente nos planos conservadores e de privatização do *National Health Service* (Pfeffer, 1993).

As políticas neoliberais, promovidas por Thatcher e Reagan na década de 80 –sendo a privatização dos serviços de bem-estar uma das mais expressivas–, tiveram amplas repercussões mundiais, entre as que se identifica a internacionalização da oferta de produtos médico-indústriais. O Brasil teria aberto as portas ao liberalismo econômico preconizado por Thatcher na década de 90, durante o governo de Fernando Collor/Itamar Franco, ainda que implementado em maior escala por Fernando Henrique Cardoso.

Em estudo sobre a radiografia da saúde no Brasil, diversos autores relacionam o fenômeno da mercantilização da saúde no país com as transformações econômicas ocorridas em escala mundial (Negrei e Di Giovanni, 2001). Nos anos 90 foram observadas novas lógicas e padrões, entre os que se destacam os serviços médicos como mercadorias, submetidos às regras de produção e financiamento de tipo capitalista. A expansão desse modelo a contextos econômicos diferentes gerou efeitos perversos. Segundo Braga e Silva (2001) em países como Brasil, essa política econômica é incompatível com o desenvolvimento de uma política social, dado que preconiza a oferta pública desses serviços, provocando o deterioro das condições de vida que, por sua vez, redunda num crescimento da demanda desses serviços. Todavia, o Brasil, na condição de país capitalista periférico, teria na qualidade da política pública de saúde uma condição *sine qua non* para a superação de certas marcas do subdesenvolvimento, questão que não é consensual entre os estudos do assunto.

Strathern (1992) observa como uma das principais características do mundo euro-americano a produção de uma fonte inesgotável de emanação de desejos, cuja satisfação, através do consumo, é

personalizada e individualizada. A cidadania é afirmada através da possibilidade de realizar escolhas e do consumo, mas constrangida por um jogo pré-formatado que cria a ilusão da escolha como ato subjetivo e de liberdade. As NTRc habilitariam as pessoas para atingir desejos para os quais elas não estariam dotadas "naturalmente", sendo necessária a mediação tecnológica e de agentes externos que determinam as regras do jogo, exercendo refinadas formas de controle sobre os indivíduos.

Os grandes eixos teóricos destacados permitiriam, a princípio, pensar as NTRc num duplo sentido: de um lado, como subversão de um modelo normativo de sexualidade e reprodução e, de outro, como refinadas formas de controle sobre a espécie e a vida dos indivíduos, num interjogo entre velhos valores e novos cenários, em que os primeiros são transformados ou ressignificados. No entanto, essas tecnologias não podem ser pensadas ou analisadas de maneira autônoma. Se optássemos por essa forma de análise poderíamos chegar, por um lado, à indiferença, a fazer de conta que nada de novo está acontecendo. Nessa perspectiva, o desenvolvimento tecnológico faria parte do avanço "natural da humanidade", dado que as pessoas, sempre e em todas as culturas, usam diversas tecnologias e buscam alternativas para contornar a ausência involuntária de filhos. Por outro lado, poder-se-ia chegar ao risco do entusiasmo pelo lado "subversivo" –uma vez que a RA permitiria transcender uma normatividade heterossexual–, cedendo, também, ao fascínio pelo inédito.

Ambas as perspectivas embaçam a necessidade de problematizar os limites dessas manipulações e discutir a *responsabilidade* dos diversos agentes com o futuro da humanidade. Compreender os processos de mudança introduzidos por essas tecnologias implica contextualizá-los num panorama maior de relação entre tecnologia e sociedade, ciência e capital, no momento histórico em que surgem e se consolidam. Como indica Rotania, "Nunca um gesto cultural foi tão radical e onipotente a ponto de ter criado situações sem precedentes pelo desejo sem limites do exercício do saber e do poder no contexto das sociedades produtivo-consumistas modernas." (Rotania, 1995, p.5).

Ao retomar a idéia inicial de indagação das implicações da transferência da reprodução da alcova para o laboratório, observamos, efetivamente, o deslocamento da centralidade da mulher nesse processo que, neste novo contexto de assistência, é ocupado pelo desenvolvimento médico-tecnológico, incorporado na figura do embrião. A mulher passa a ser um agente passivo da habilitação realizada pela tecnologia e a equipe médica, submetida a um tipo de dissecação das funções de seu corpo reprodutor. Desse modo, é o "milagre tecnológico" que possibilita a realização do sonho do filho biológico; tecnologia revestida de poder gerativo, que substitui, ainda que parcialmente, as funções corporais.

De fato, existe uma ruptura do modelo de sexualidade hetero-reprodutivo que, no entanto, é reposto em outro contexto no qual parece se deslocar a figura empírica, mas não a função de gênero. Além disso, este deslocamento está articulado à *"fetichização"* do gene, à crescente importância dada

ao conhecimento da ascendência para previsão, diagnóstico e tratamento de doenças, apontando para o recrudescimento da família biológica, não só como modelo, mas também como valor a ser atingido por via médico-tecnológica.

Também o modelo de reprodução sexual, tido como natural e original, seria reinventado no laboratório, deslocando a naturalidade da *forma* de reproduzir para o *desejo* de reproduzir. O componente da escolha e sua realização como ato de subjetivação é importante para compreender o processo através do qual homens e mulheres tornam-se responsáveis pelas decisões acerca da reprodução seletiva, que busca aprimorar as características dos indivíduos e da espécie. Voltamos à questão da responsabilidade na objetivação do ser humano, no descarte dos aspectos *indesejáveis* da onto-humanidade, e das alterações da estrutura material/genética da espécie atingidas, pela primeira vez, mediante a intervenção tecnológica.

As NTRc são apresentadas como o mais moderno e efetivo *tratamento* da ausência involuntária de filhos. A concentração desses serviços no setor da medicina privada propicia a ênfase no consumo desses serviços, através de diversas estratégias que colocam a promessa da gestação do filho *próprio* no mesmo patamar de consumo de outros bens de luxo. A inclusão da produção da vida na lógica de mercado torna-se expressiva das mudanças do capitalismo contemporâneo que, segundo Rifkin (1999, 2001), investe em outras formas de valor: a produção cultural. Os relacionamentos e as experiências são transformados em *commodities* em conseqüência dos grandes desenvolvimentos tecnológicos do final do século XX e começo do XXI, no contexto da aliança entre ciência, tecnologia e capital, que possibilitam entre outras coisas, a comercialização do corpo humano e de suas partes.

A reinvenção da natureza se tornou um dos aspectos essenciais do processo de RA. Os desenvolvimentos da biologia molecular abrem caminho para reformular os atributos biológicos em função da vontade dos indivíduos. As leis da natureza parecem estar sendo reescritas para se adaptarem ao mundo contemporâneo, possibilitando racionalizar a nova atividade econômica e tecnológica como reflexo do processo *natural* da evolução humana.

O uso dessas tecnologias parece fazer parte de um processo globalizado de expansão do desenvolvimento tecnológico aplicado à produção da vida, que encontra no sonho reprodutivo um importante potencial de mercado. Consideramos pertinente delimitar a análise deste campo ao contexto brasileiro, exercício que permitiria indagar as especificidades desse processo num país que parece apostar na importação de tecnologias de ponta nessa área, chegando a se consolidar como o maior realizador de ciclos de RA da América Latina. Também se identifica um crescimento do número de centros privados que realizam procedimentos de RA, a maioria deles localizados no estado de São Paulo.

Aspectos metodológicos

O panorama da produção desse campo no país foi composto através de diversas fontes de informação, o que exigiu um tratamento pouco tradicional no modo de fazer pesquisa antropológica: análise da RA na imprensa escrita e televisiva; congressos e reuniões de especialistas sobre o assunto, entrevistas com profissionais que oferecem serviços públicos e privados de RA no país; manuais, páginas eletrônicas na internet e catálogos de divulgação de clínicas de RA; folhetos publicitários de medicamentos e equipamentos usados na RA; Boletins periódicos da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e pareceres do Conselho Federal e Regional de Medicina sobre o assunto.

Essas fontes e recursos, de natureza, linguagem e domínios diferentes, foram fundamentais para compreender a configuração da RA no país, além de fornecer material simbólico que permitisse discutir as mudanças que esse tipo de intervenção traria para os estudos de gênero e parentesco.

O material utilizado nesta pesquisa aborda a informação que circula no país acerca da RA. No entanto, cada uma dessas fontes tem um contexto, configurado por quem produz a informação, para quem e com propósitos específicos. Trabalhamos aqui o conjunto dessas fontes não apesar de sua heterogeneidade, mas em virtude dela, considerando níveis de especificidade da informação, em função do grupo para o qual esta dirigida, o que deu lugar também à estruturação da tese.

Na primeira parte se analisou a informação sobre RA divulgada para o público em geral, através da imprensa escrita e a mídia eletrônica, tendo como fonte principal o jornal *Folha de S.Paulo,* nos anos 1994 a 2001, complementada com um registro menos sistemático de outros jornais de circulação nacional e revistas semanais. Também consideramos o conteúdo de algumas telenovelas e programas de televisão que abordaram, central ou tangencialmente, a RA Discutimos o conteúdo desta parte em função da criação de um contexto que permite a inserção, familiarização, suscitação de interesses, entre o público em geral, em torno do assunto. O interesse foi centrado no discurso transmitido, nas representações divulgadas e como elas são banalizadas através da mídia, que identificamos como um dos agentes na configuração desse campo, com uma importante função na produção de sentido dos novos modos de reprodução.

Na segunda parte analisamos a informação que circula e é discutida entre os especialistas que oferecem serviços de RA no país, tomando como material primário de análise as observações feitas durante o V Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida e a I Jornada de Psicologia e Reprodução Assistida. A informação obtida nesses eventos foi complementada com entrevistas a médicos e psicólogas de serviços de RA públicos e privados. Os/as informantes –citados/as no texto no masculino– não são identificados/as ao longo da tese, uma vez que consideramos prudente manter o anonimato e que o desvendamento da identidade não se mostrava relevante. O campo de atuação –público ou privado– foi explicitado na medida em que essa informação poderia configurar análises

distintas. Como informação complementar, foram incluídos os Boletins da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e os pareceres do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Com base nesses materiais, procurou-se identificar as preocupações dos especialistas, os pontos de convergência e embate, como os profissionais pensam o campo que eles constituem e observar quais desses conteúdos são divulgado ou omitidos pela imprensa.

Na terceira parte contemplamos o material de propaganda e divulgação sobre RA produzido pelos laboratórios farmacêuticos e pela indústria de equipamentos médicos –dirigido a especialistas– ; e pelas clínicas de RA –dirigido às/aos potenciais usuárias/os. Esse material, rico em imagens, constituiu um importante recurso para análise, pois introduz outros referenciais e representações acerca da reprodução, como parte de seu processo de redefinição tecnológica. As imagens tradicionais, de fetos contidos e em relação com a mãe, são substituídas por imagens de laboratórios, óvulos, espermatozóides, do momento de fecundação e divisão celular, etc. Essas narrativas apontam o deslocamento da reprodução da alcova para o laboratório, onde adquire características de fabricação de bebês. Elas permitem analisar as estratégias discursivas que constroem e vendem a realização do sonho reprodutivo, assim como identificar agentes "ocultos", reguladores desse campo, a exemplo das administradoras de planos de saúde e, principalmente, a indústria farmacêutica e de equipamentos para RA que, através dos médicos, procuram chegar a seu principal alvo: mulheres e homens que desejam ter filhos biológicos.

Finalmente, na quarta parte, são retomadas as discussões iniciais que motivaram a realização desta pesquisa, acerca das mudanças que o campo da RA traria para os estudos de gênero e de parentesco.

Reiteramos a heterogeneidade da linguagem utilizada em cada uma destas fontes, endereçada a públicos distintos, em termos de classe social, capital cultural e do interesse na relação com o campo da RA. Essa heterogeneidade pode acarretar problemas de ordem metodológica para o modo tradicional de fazer pesquisa. Para os propósitos deste trabalho, mais do que analisar sistematicamente cada uma das fontes, foi relevante observar a ubiqüidade desta temática em documentos e registros distintos (Spink, 2000), cuja sobreposição permitiu estabelecer conexões para compor os contextos em que essas informações circulam e se lhes atribui sentido. Questão essencial para observar a produção e configuração de um campo relativamente novo, como o da RA.

Um dos desafios deste trabalho foi lidar com um formato de pesquisa que se assemelha a uma espiral, na qual a informação reaparece em várias ocasiões, exprimindo diversos conteúdos, segundo o

contexto[13]. A discussão sobre a ICSI é um bom exemplo. O debate acerca da invenção, implementação, "venda" e banalização do uso dessa técnica traz desdobramentos que não se esgotam numa pesquisa linear, em função da justaposição de domínios envolvidos na composição do campo.

A RA, como a concebemos, não se limita ou se circunscreve ao local em que as tecnologias reprodutivas conceptivas são produzidas ou aplicadas, tampouco envolve unicamente os sujeitos que as oferecem e as consomem, o que dificulta sua abordagem nos termos da etnografia tradicional de um lugar específico. Para efeitos desta pesquisa, evitamos narrativas que poderiam ser estáticas e optamos pelo que acreditamos contribuiu a uma análise processual que permitisse identificar outros atores que também determinam o campo, uma vez que a biotecnologia corresponde a um tipo de fenômeno global contemporâneo, produzido simultaneamente em vários lugares.

A circulação de especialistas em RA, estrangeiros e locais, por diversos países, o estabelecimento de parcerias para conformar equipes de intervenção e pesquisas multinacionais, assim como o fato da RA encontrar na Internet seu principal meio de divulgação, coloca-nos diante da produção de um campo *multi-sited,* como concebido por George Marcus (1991, 1995). O autor sugere a adaptação de práticas etnográficas ao estudo de objetos complexos, que surgem dentro de novas esferas de trabalhos interdisciplinares – estudos sobre mídia, ciência e tecnologia e culturais. A etnografia passou, segundo Marcus, da pesquisa focalizada num único lugar de observação, para outra forma de etnografia que se propõe indagar a circulação de significados culturais, objetos e identidades que podem estar difusas no espaço-tempo. Esse processo metodológico estaria sendo determinado por objetos de pesquisa contemporâneos, de grande circulação de capital não apenas econômico, mas também simbólico, produzido em múltiplos lugares, como agrega Franklin (1997), num contexto em que o modo de vida é mais descontínuo, fragmentado, incoerente e inabitado por seus habitantes.

As reflexões de Montero (1991), acerca da antropologia das sociedades complexas, também parecem seguir os passos de Marcus. A autora afirma a necessidade de um esforço de reflexão etnográfica e teórica em que se coloque em relação o plano simbólico e as transformações econômicas e políticas mais amplas: "É preciso elaborar uma teoria que seja capaz de perceber, ao mesmo tempo, o modo como a variedade das experiências são produtoras de certas representações da sociedade e como o pensamento social e político hegemônico se enraíza no cotidiano." (Montero, 1991, p.123).

A análise de um objeto no qual se incorporam processos globais dificulta o uso exclusivo da etnografia clássica, ancorada na noção de comunidade e tradição. A impossibilidade de circunscrevê-lo

[13] A imagem da espiral foi utilizada recentemente por Vogt (2003) para considerar a dinâmica da cultura científica. O autor observa que essa figura permite representar a cultura científica em duas dimensões: o eixo horizontal permite visualizar a evolução do conhecimento no tempo e o vertical permite observar o acúmulo de conhecimento de forma paradigmática. Usando essa imagem, é possível estabelecer tanto as categorias que constituem um campo, quanto os atores participantes. Agradeço a Mariza Corrêa por chamar a atenção para esta feliz coincidência.

num espaço físico claramente delimitado faz com que, segundo a autora, a "descrição densa" proposta por Geertz ceda lugar a uma interpretação que prioriza os agentes e os dados estatísticos, estabelecendo conexões com ferramentas conceituais de outras áreas de conhecimento. No entanto, se na observação etnográfica dos objetos globais é necessário incluir os processos mundiais, ela também é obrigada a dar contar dos modos específicos, através dos quais as diversas culturas repõem suas diferenças (Montero, 1993, p.174).

Observamos várias semelhanças entre o campo da RA no país e no contexto britânico, com o qual dialogamos mais amplamente. No entanto, os contextos sociais nos quais essas tecnologias se desenvolvem são diferentes. Nos países ditos desenvolvidos, o surgimento e a promoção de pesquisa em RA estão associados à diminuição da taxa de fecundidade, promoção de serviços de RA públicos, assim como a uma tradição de "importação" de crianças, entre outros fatores. No caso do Brasil, o acesso a esses serviços é, na sua maioria, restrito à prática privada, apesar das diferentes tentativas de "popularizar" o bebê de proveta e do esforço dos hospitais públicos para modernizar e ampliar o acesso ao uso dessas técnicas, o que coloca certas distinções quanto ao tipo de população que acede a esses serviços. Consideramos importante observar na análise desse campo os efeitos perversos do crescimento tecnológico, que podem ter suas especificidades em função da organização dos sistemas de cuidado primário da saúde e de bem-estar e proteção das crianças abandonadas, questões que, no caso do Brasil, estão longe de serem resolvidas.

Para finalizar, observamos que na configuração desse campo, o uso de imagens na divulgação da RA torna-se um aspecto central, numa cultura que parece privilegiar a "verdade do visual", como forma essencial de objetivar, de dar existência material. A publicidade das clínicas ou serviços de RA explora de maneira reiterativa a utilização dessas imagens, tornado sua inclusão nesse trabalho inevitável, dado que constituem parte relevante das estratégias narrativas de produção de sentido daquilo que é abstrato, que não tem referência no mundo real. Dar sentido àquilo que não se conhece, implica ampliar o escopo de representações do universo tecnológico aplicado à produção da vida.

Mais do que identificar os signos, suas especificidades, leis de argumentação e de processos de significação contidos nas imagens apresentadas –características de uma análise semiótica–, nos propusemos uma leitura de imagens, feita, deliberadamente, do ponto de vista de quem as recebe, tendo presente o contexto de publicidade no qual elas são produzidas e recebidas, condicionando assim sua interpretação (Joly, 1996).

Julgamos essa aproximação adequada aos propósitos deste trabalho, em função da articulação entre o conteúdo e a linguagem das imagens publicitárias e a introdução e estruturação deste campo, no qual se recompõem velhas imagens e conceitos para a introdução de novos. A retórica de tornar real o desejo de um filho através da tecnologia, que perpassa as narrativas, encontra nas imagens um

excelente meio para sua promessa. Como indicam vários autores, a polissemia das imagens não pode ser ignorada, mas a escolha de significados neste contexto está atrelada às convenções culturais e associações induzidas com a ausência involuntária de filhos.

O universo da RA é constituído por múltiplos atores. O panorama desse campo, aqui apresentado, só foi possível a partir de um olhar transversal da espiral, que permitiu estabelecer conexões entre diversos interesses que compõem o conjunto de olhares, no qual se dilui a responsabilidade pela criação do que alguns autores chamam de segunda gênese e outros de terceira natureza, para nomear a fabricação do futuro da espécie humana.

O final da tese traz um glossário com a definição das várias siglas utilizadas e uma breve descrição dos termos técnicos mencionadas ao longo do trabalho.

I PARTE

A Reprodução Assistida na mídia

Dado que a RA constitui um tipo de intervenção médica relativamente recente no contexto nacional, iniciada na década de oitenta, considerou-se importante observar como esse campo foi sendo divulgado no Brasil. Para tal efeito, realizou-se um levantamento das notícias publicadas na imprensa escrita e na mídia eletrônica.

Nesta pesquisa, a análise de imprensa se realizou com o intuito de observar a legitimação desse campo de atuação no país. Prestou-se atenção a como é noticiada e divulgada a RA: quais os debates, as opiniões; quais são as referências profissionais e institucionais e as características das usuárias dessas tecnologias refletidas nas reportagens. À vista desse objetivo, considerou-se que uma análise diacrônica poderia ser mais adequada, uma vez que permitiria observar a evolução da panorâmica geral daquilo que é divulgado entre o grande público.

Para realizar esta análise se tomou como fonte principal o Jornal *Folha de S. Paulo,* dado que além de ter uma ampla circulação nacional, possui um banco de dados sistematizado e, principalmente, por ser uma das mídias escritas que mais veicula notícias sobre o assunto, segundo as análises realizadas pelo projeto *Olhar sobre a mídia*[1]. O material da *Folha de S. Paulo* (FSP) foi complementado com matérias publicadas na revista *Veja, Istoé* e em outros jornais nacionais, cujos registros não tiveram a mesma sistematicidade.

As tecnologias reprodutivas conceptivas também têm marcado presença constante na televisão. Jornais, reportagens e programas de entrevista e debate destacam, freqüentemente, o desenvolvimento de novas técnicas, assim como discussões éticas decorrentes do seu uso. Mais recentemente a RA tem sido tema de telenovelas, transmitidas em horários de grande audiência, nas quais as NTRc figuram bem seja como trama principal ou de maneira secundária. Alguns destes programas são também referidos nesta parte.

Para iniciar, fazemos um breve histórico do surgimento da RA no país, aspecto que contribui ao dimensionamento de como esse processo se foi expandindo e consolidando no país.

[1] O projeto Olhar sobre a Mídia, desenvolvido pela Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) e a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RedeSaúde), monitora notícias sobre saúde sexual e reprodutiva nos principais jornais (*Folha de S.Paulo, O Estado de S.Paulo, O Globo e o Jornal do Brasil)* e revistas do país (*Veja e Época).*

O surgimento da Reprodução Assistida no Brasil

Diversos autores que radiografaram o estado da saúde no país (Negrei e Di Giovanni, 2001) contextualizam suas análises nas grandes transformações econômicas mundiais, que teriam implicações no sistema de saúde brasileiro nos anos 90, colocando em evidência a inserção do país num contexto internacional mutante.

Na década de 90, pesquisadores identificam o fenômeno da "mercantilização da saúde", definido como o processo através do qual a atenção médica se converteu numa mercadoria que, como qualquer outra, é submetida às regras de produção, financiamento e distribuição de tipo capitalista. Segundo especialistas em economia política, tal fenômeno surge em oposição à fase anterior chamada de "capitalização da medicina". Nesta última, característica das décadas de 70 e 80, o Estado era o principal articulador, financiador e provedor de serviços, centralizador de decisões e estratégias.

Na mudança para a mercantilização da saúde, o setor privado se autonomizou no financiamento e na produção desses serviços com uma base própria de acumulação em expansão. A máxima expressão desse processo foi o seguro-saúde privado e a proliferação de empresas de saúde, que alocaram o usuário/consumidor no mercado desses serviços e não mais no serviço público. O Estado perdeu o controle do processo, passando a ser regulador e supervisor dos abusos econômicos, numa tentativa de domesticação dos serviços privados (Braga e Silva, 2001).

As inovações biomédicas eram introduzidas tradicionalmente no país por via dos serviços universitários e/ou públicos. Os altos custos da pesquisa tecnológica de ponta, subsidiada pelo Estado, e a concentração nos hospitais-escola de profissionais mais qualificados faziam destes centros os locais, por excelência, de desenvolvimento da pesquisa básica e tecnológica. Foi assim, pelo menos, na introdução de novidades tecnológicas como a cirurgia cardíaca, a hemodiálise, transplantes de órgãos, tratamentos de radio e quimioterapia e diagnóstico por imagens, entre outros. O treinamento nas inovações biotecnológicas era transferido posteriormente para a prática privada. Esse percurso também teria mudado em função do declínio de investimentos no setor público e do deslocamento de recursos públicos para o setor privado, mediante a terceirização de serviços.

As NTRc poderiam ser um exemplo de tal mudança, uma vez que estas foram introduzidas no país pela iniciativa de grupos de especialistas em reprodução humana, no exercício da medicina privada, os quais promoveram a formação de profissionais no exterior e/ou a vinda de especialistas amplamente reconhecidos no campo internacional, para realizar o treinamento dos médicos locais. (Corrêa e Diniz, 2000; Corrêa, 2001a).

Corrêa (2001a) cita o Curso Internacional de Reprodução Humana promovido por um centro de planejamento familiar do Estado de São Paulo e financiado por empresas privadas, entre elas, o principal canal de televisão brasileiro, a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, num panorama de falência da medicina pública. A emissora de TV pretendia ter os direitos exclusivos de transmissão da primeira fertilização *in vitro* do país, com a intenção de transmitir, ao vivo, esses procedimentos (Reis[2] e Silva[3], *apud* Corrêa, 2001a).

Os cursos e seminários promovidos traziam figuras de renome internacional que iniciavam tentativas de fertilização em pacientes voluntárias, inscritas em programas privados de RA, que ficariam aos cuidados de médicos locais, porém, supervisionados pelos especialistas visitantes. Era essa intenção de uma das pacientes voluntárias, que morreu quando se submetia à punção para a retirada dos folículos[4]. Esse episódio, ocorrido em 1982, que marcaria o início da RA no Brasil parece ter sido "esquecido" ao se anunciar, por parte do mesmo médico responsável pelo atendimento da mulher falecida, o nascimento do primeiro bebê de proveta no país, em 1984. (Barbosa, 1999; Ferreira, 1998).

Em entrevista realizada por Barbosa (1999), um dos especialistas nesse campo comenta que a FIV se iniciou em São Paulo, na década de 80, com dois grupos. Um deles, da Santa Casa, liderado pelo Dr Nilson Donadio e o outro, de uma clínica privada, liderado pelo Dr Milton Nakamura. Esse começo foi abalado com a morte da paciente do Dr. Nakamura, evento que colocaria em cheque a técnica da coleta de óvulos por laparoscopia.

> *Depois disso, em 1983, 1984, começaram a surgir serviços no Brasil todo (...) Durante esse período, mais centros já estavam em desenvolvimento em diversas cidades, no nordeste, já tinha em Salvador, tinha também em Recife e também em cidades do interior, como Ribeirão Preto e Campinas, e ai foi um boom de aparecimento de serviços. Passou-se um longo período em que nós tínhamos só dois serviços, o serviço do Nakamura e o serviço do Donadio. O final da década de 80 foi marcado pelo surgimento de vários serviços, estava se instalando o pessoal vindo da Europa.* (Dr. Joaquim C. Lopes em entrevista realizada por Barbosa, 1999, p.136)

A rivalidade pela liderança da RA no país parece ter sido cristalizada na disputa pela "paternidade médica" do primeiro bebê de proveta brasileiro. O médico do setor público reivindicara para si tal façanha, mas não a teria divulgado na imprensa local, a que promoveu amplamente o evento realizado pelo especialista do setor privado. Essa disputa foi retomada

---

[2] Reis, A.R.G. *A fertilização in vitro no Brasil. – a história contada, as estórias.* Brasília: Biblioteca do Senado Federal, 1985 (mimeografado).
[3] Silva, M.A. *Tecnologias reprodutivas: a concepção de novos dilemas.* São Paulo: ECOS, 1991.
[4] Esta mulher teria sido a primeira a morrer por conta da FIV e seu nome foi usado para identificar o projeto da pesquisadora norte-americana Gena Corea, que procurava indagar as mortes de mulheres por causa de tratamentos de FIV, no mundo todo (Corea, 1996).

quatorze anos depois, em nota de imprensa que noticiou a morte do Dr. Nakamura (FSP, 02/01/98, p.3-6).

A relação entre os profissionais locais e os pesquisadores internacionais marcaria fortemente o início desses serviços no país, como indica o Dr. Lopes:

> *A grande maioria dos médicos foi formada no exterior. (...) Hoje, já têm muitos serviços sendo multiplicadores aqui dentro do país, mas ainda um grande número de profissionais sai e, também, pelo fator credencial, não tanto pela necessidade de treinar fora, mas para voltar com uma credencial que o coloque numa posição de mais respeito diante da clientela, dizendo ´eu treinei no exterior´, mas realmente já se pode treinar dentro de país e formar um bom serviço.* (Barbosa, 1999, p.134).

A troca de experiências com pesquisadores de renome internacional, que atuam em colaboração com clínicas privadas, permanece até hoje e constitui um aspecto particular da dinâmica desse campo. Como se observará mais adiante, na divulgação pela imprensa se destaca a realização de eventos, visitas e a radicação desses pesquisadores no país. A participação de especialistas internacionais nos serviços e eventos locais agrega "capital cultural" ao campo da RA local. Médicos e clínicas brasileiras ganham, nessa troca, atributos de qualidade e valorização que os colocam à altura de centros mundiais, aspecto que resulta relevante para a avaliação que seus/suas potenciais e exigentes clientes podem fazer na escolha da clínica ou centro de reprodução.

A Reprodução Assistida na mídia eletrônica

Os meios de comunicação de naturezas diversas promovem a circulação de informação entre a população em geral, permitindo uma ponte entre as descobertas do mundo científico e as/os potenciais usuárias/os. Sabe-se que a abrangência da mídia é diferenciada em função da natureza do meio. No Brasil, a circulação de imprensa escrita entre a população é menor, se comparada com países cujo índice de desenvolvimento é similar. A tradição oral e os altos índices de analfabetismo explicariam, para autores como Faria e Potter (2002), a força da televisão e do rádio no país.

Os programas de televisão são grandes produtores e emissores de representações, pois além de terem maior cobertura que a mídia escrita, difundem representações visuais. Na programação local freqüentemente são transmitidos diversos tipos de programas que abordam a temática da RA, dificultando a realização de um registro sistemático dos mesmos.

Luna (1999) apresenta uma análise da reportagem *O que a medicina está fazendo para ajudar casais que não conseguem ter filhos*[5]. O programa, rico em casos que ilustram as diversas técnicas e variações possíveis no modo de gerar filhos mediante o uso da tecnologia, proporcionava também informações acerca de estatísticas, tipo de técnicas disponíveis, assinalando os debates

[5] Transmitida pelo *Globo Repórter,* da *TV Globo,* no dia 27 de agosto de 1999.

decorrentes do congelamento de embriões, do uso de mães substituas (*surrogate mothers*), da falta de leis no país para regulamentar as práticas e pesquisas neste campo, entre outros. Diversas entrevistas foram exibidas com casais usuários dessas tecnologias e com profissionais da RA, tendo como contexto Brasil e Estados Unidos, além de ter como pano de fundo as imagens, que, como se verá mais adiante, se tornaram características de RA: óvulos, espermatozóides, laboratórios, pipetas, o momento de fecundação e a exibição de bebês gerados mediante as diferentes técnicas.

Luna aponta que a maioria das imagens (óvulos, espermatozóides, embriões) desse programa foi captada mediante uso de microscópios e de câmeras ou ultra-som que exploram o interior do corpo da mulher. A maior parte das imagens, segundo a autora, corresponde a embriões extra-corporais. O programa enfatizou a necessidade e importância da biotecnologia para a realização do sonho de ter filho, perpassada por uma mentalidade que aposta no progresso e benefício que a ciência pode trazer à humanidade.

O anúncio da possibilidade e disposição para a realização de clonagem humana, feito por um laboratório norte-americano e por um médico italiano e outro norte-americano, no segundo semestre de 2001, trouxe à tona o debate acerca deste assunto em todos os meios de comunicação. O tema ocupou espaço em jornais, programas investigativos e de opinião, com a participação de profissionais especializados na área da reprodução, genética, direito e ética. As explicações acerca do procedimento de clonagem, a diferença entre clonagem reprodutiva e terapêutica, assim como suas aplicações e *status* na legislação brasileira foram constantemente abordados, o que permite supor uma certa familiarização da população com esses desenvolvimentos.

Ainda que não faça parte das NTRc, a prova de DNA, usada para verificar a paternidade genética, é um dos desdobramentos do uso da biotecnologia na reprodução humana. Mesmo que as pessoas não tenham uma experiência direta com o uso deste teste, ele faz parte do quotidiano de um considerável segmento da população brasileira através do Programa *Ratinho*, do SBT. Este reconhecido *show-man* paga, para algumas mulheres, o teste de DNA, cujo resultado é comunicado ao vivo, na presença do homem cuja paternidade se quer provar, e na frente de uma animada platéia. A dúvida sobre a paternidade remete à vida sexual dos protagonistas desses episódios, particularmente aos casos de adultério, fartamente explorados e, inclusive, encenados no programa. O que interessa relevar aqui é o conhecimento generalizado acerca desta tecnologia, que atravessa fronteiras de classe e contribui para uma possível mudança de valores envolvidos em novas estruturas familiares, como afirma Fonseca (2001).

A televisão é indicada como um dos elementos da complexa teia de fatores que ocasionariam mudanças de valores acerca do tamanho familiar e, portanto, de diminuição da fecundidade: "A mídia –ou melhor, a centralidade da televisão no funcionamento e reprodução da

sociedade brasileira contemporânea– teve um papel central e estratégico nesse processo, articulando, difundindo, reiterando e institucionalizando novos padrões de comportamento e novas atitudes." (Faria e Potter, 2002, p.22).

Segundo esses autores, a telenovela brasileira é especialmente adaptada para estabelecer uma comunicação com os espectadores, que constituem mais de 80% da audiência do horário nobre. O gênero telenovela, além de se articular em função de estilos de vida, valores familiares, sexualidade e comportamento reprodutivo, introduz ou cita eventos do mundo *real*, numa espécie de sincronia entre os personagens e sua audiência.

Hamburguer (2001) afirma que não se pode estabelecer uma relação direta entre as representações veiculadas pelas telenovelas, a intenção de quem as produz e a realidade demográfica de seus espectadores. Não obstante, as representações sobre reprodução são articuladas a um contexto mais amplo de representações da sociedade brasileira.

Essa questão é relevante para considerar a presença de temáticas modernas nas telenovelas brasileiras, como seria o caso da RA e da clonagem, na qual se observa uma espécie de antecipação de um futuro próximo e um jogo de quebra de limites entre a realidade e a ficção. Cabe destacar a função da constante referência na TV às tecnologias reprodutivas conceptivas –bebê de proveta, inseminação artificial, barriga de aluguel, clonagem, etc.–, formas diversas que atingem uma ampla difusão entre o público, instalando-se como parte do repertório das representações sobre reprodução, ainda que acessíveis só para uma parcela da população.

Diversas/os estudiosas/os da mídia consideram que as telenovelas configuram uma fonte de informação sobre práticas culturais e representações que circulam na sociedade. As telenovelas, ainda que pensadas como narrativas de ficção, introduzem nos seus enredos cenários que, mesmo distantes do que alguns dos seus espectadores vivem no cotidiano, os familiariza com o mundo representado. Esse gênero narrativo, como aponta Rondelli (2003), constitui uma "crônica do nosso tempo", ao simbolizar e retratar dilemas e conflitos em discussão na sociedade. Em sentido similar, Almeida (2001) indica que embora a telenovela seja uma ficção, ela chega a ser uma metáfora da vida cotidiana.

Nas telenovelas produzidas entre 1970 e 1990 identificam-se aspectos convencionais ligados à representação do Brasil como *país do futuro*, cujo processo de modernização estaria associado à população urbana, branca, de classe média alta, liberal e com possibilidades de ascensão social por via do consumo, especialmente de produtos de comunicação e transporte. Tal modernização também estaria atrelada à representação da família com poucos filhos, à legitimação da dissociação entre sexo e reprodução, à inserção da mulher no mercado de trabalho, ao incremento das taxas de divórcio e recasamentos, entre outros. A gravidez não aparece mais ligada

a um compromisso conjugal, abrindo espaço para relações sexuais que não necessariamente terminam em procriação (Hamburguer, 2001). As telenovelas seriam exemplo de como um gênero televisivo divulga informações que seus espectadores interpretariam como as novidades do que poderia ser o Brasil moderno (Almeida, 2001; Hamburguer, 2001; Faria e Potter, 2002).

Na telenovela *Barriga de aluguel,* da TV Globo, transmitida entre 1990-1991 em horário de grande audiência, a gravidez assistida ocupou o lugar central da trama, tratando das conseqüências nas relações familiares da implantação e gestação do embrião de um casal no útero de outra mulher, contratada para tal efeito. A intervenção tecnológica, no contexto das telenovelas, invade os domínios das relações de parentesco e do conceito de maternidade, trazendo à tona valores sociais e marcadores de classe e de gênero: "...o folhetim eletrônico captura a tecnologia reprodutiva para inseri-la no melodrama essencial da existência humana. (...) A questão aqui é definir mesmo, adequar o conceito de maternidade à novidade científica que dissocia cordão umbilical da geração do bebê." (Hamburguer, 2001, p.287).

Esta telenovela é considerada por Corrêa (1997) como a mais importante realização da mídia na popularização e divulgação do imaginário da reprodução humana no âmbito das novas formas tecnológicas. Em estudo exploratório, realizado nas cidades de Santos (SP) e Jacobina (BA), foram incluídas algumas perguntas acerca do conhecimento da população sobre RA. A maioria das pessoas entrevistadas (80%) declarou saber o que era "inseminação artificial, fertilização *in vitro*, bebê de proveta ou barriga de aluguel". O último termo, mais conhecido, possivelmente em função do título da telenovela, era utilizado por esse segmento para englobar as diversas técnicas de RA. Surpreendeu às pesquisadoras, o amplo conhecimento desse tipo de práticas, em locais nos quais esses serviços sequer estão disponíveis[6].

Araponga, um seriado produzido pelo mesmo canal de televisão também abordou temas da fertilização *in vitro* e da engenharia genética. Posteriormente, outros folhetins da mesma emissora trataram esta temática, mesmo de maneira tangencial. *Laços de Família* é um outro exemplo: uma mulher, de mais de 40 anos, procurava engravidar com o objetivo de dar à luz a um potencial doador de medula para sua única filha. A procura da assistência médica para engravidar mediante fertilização *in vitro* tinha como propósito driblar o relacionamento sexual da mulher com o pai de sua filha, cuja identidade era mantida no anonimato. Ela finalmente engravidara em um único encontro sexual com o pai de sua filha. Esse acontecimento novelesco deu lugar a um pronunciamento por parte de especialistas em RA (FSP, 28/01/01, p.C6), considerando que essa situação poderia gerar falsas expectativas entre mulheres na faixa etária da personagem (40 anos),

[6] Segundo este estudo, a maioria das pessoas entrevistadas em Jacobina (BA) tinha instrução primária, ouvia rádio diariamente e praticamente todo mundo assistia televisão. A pesquisa foi elaborada pelo Ministério de Saúde e pelo Cebrap (Corrêa, 1997).

pois, na vida real, as chances de engravidar nessa idade, num único encontro sexual e sem intervenção médica, seriam muito reduzidas. Segundo os médicos, a telenovela também não teria abordado os riscos de aborto e de Síndrome Down, existentes nesses casos. A reação dos médicos seria indicativa do reconhecimento acerca do papel que jogam as telenovelas na difusão e institucionalização de novos padrões de comportamento.

Claudia Collucci −jornalista e autora do livro de divulgação da RA *Quero ser mãe*− na sua coluna da *Folha On-line*, também teceu comentários sobre os equívocos que a telenovela *O Clone,* transmitida em 2001 pela *TV Globo*, estaria passando para o público a respeito das técnicas de RA: num dos capítulos, a mãe do clone explicava para sua mãe que seu filho não teria pai por ter nascido de uma inseminação artificial −como ela achava que teria sido concebida a criança. A colunista usa esse exemplo para indicar a distância que haveria entre a nova ciência e os leigos, que não conseguiriam fazer uma distinção entre as técnicas de inseminação artificial, fertilização *in-vitro* e clonagem. A desinformação por parte do público, aponta a jornalista, poderia dar lugar a abusos da "classe médica, principalmente na área da medicina reprodutiva."

O Clone foi ao ar pouco tempo depois dos primeiros anúncios sobre a possibilidade de realização da clonagem, quando estavam no auge as polêmicas discussões surgidas em muitos países acerca de sua utilização, especialmente para reprodução humana. Num dos capítulos, o médico que teria feito o clone, na telenovela, lia as reportagens publicadas, nessa época por várias revistas nacionais sobre Zeverino Antinori e Panayiotis Zavos, os polêmicos médicos que, na realidade, anunciaram seus planos de produzir clones humanos para fins reprodutivos. O cientista da ficção refletia acerca das críticas realizadas pela imprensa internacional e local a estes médicos, que bem poderiam ter sido dirigidas a ele mesmo se não tivesse ocultado a realização da primeira clonagem humana. Observa-se em alguns episódios dessa telenovela uma espécie de amálgama entre a ficção e a realidade.

A telenovela emprega habitualmente a mobilização de afetos e valores. A trama procura estar de acordo com valores, normas e sonhos dos indivíduos aos quais pretende atingir enquanto possíveis consumidores, fornecendo sentido simbólico aos produtos que se desejam incorporar (Almeida, 2001).

Vale a pena considerar mais detidamente alguns aspectos presentes na telenovela *O Clone* relativos ao uso de valores tradicionais, que servem como marco e justificativa para introduzir um evento novíssimo e contemporâneo como a clonagem reprodutiva. A trama se desenvolve em torno de um par de gêmeos, brancos, filhos de um rico empresário. Um deles morre, muito jovem, num acidente. A dor desencadeada pela perda do gêmeo mais carismático, entre o círculo de parentes e amigos, é bastante explorada na novela. Esse sentimento resulta insuportável para o padrinho do

jovem morto, um cientista, que realiza em segredo a experiência de clonagem para "reviver" seu afilhado. O ser clonado é feito a partir do material genético do gêmeo vivo, e transferido ao útero de uma mulher que supostamente se submetera a um procedimento de RA com sêmen doado, apesar da rejeição de seu companheiro infértil. Não por acaso, esta mulher, chamada Deusa, é pobre, negra e com baixo nível de informação acerca do procedimento ao qual se submetera. Ela mal consegue compreender posteriormente o que aconteceu com sua maternidade, o que fica evidente na tentativa de explicar para sua família o fato de o filho ser branco.

Os marcadores sociais de gênero, racialização e classe são colocados em evidência ao se disputar, num tribunal de justiça, a maternidade e a paternidade do clone. Após conhecer a existência do clone do filho, o rico e poderoso empresário entra na justiça com o objetivo de reivindicar para si e para sua falecida esposa a paternidade/maternidade, uma vez que o material genético do ser clonado seria deles. Deusa, no caso, não seria mais do que a portadora de um útero no qual se realizou a gestação. Num primeiro veredicto, é reconhecida como mãe do clone a esposa do pai[7] e, em conseqüência, Deusa perde sua condição de mãe em função da ausência de vínculo genético. No entanto, esta só será reconhecida juridicamente como mãe ao se comprovar, no laboratório, a existência do DNA das suas mitocôndrias na estrutura genética do jovem clone. O determinismo genético tanto na definição de paternidade e maternidade, como no comportamento é colocado em várias ocasiões na trama. O clone estaria sempre distante da mãe/Deusa, à busca da sua origem, mesmo ignorando sua condição de clone. O melodrama também é nutrido por uma espécie de memória genética que leva o clone a se apaixonar pela mesma mulher amada pelo "doador" do material genético.

Nesse debate jurídico da telenovela, é possível identificar alusões a fatos que estavam acontecendo paralelamente no âmbito nacional e internacional acerca da inexistência de jurisprudência para definir a paternidade/maternidade nesses casos. Também estavam sendo discutidas questões técnicas, na vida real: um clone não seria uma cópia exata de uma pessoa, enquanto houvesse certa *contaminação* com as mitocôndrias da mulher que realiza a gestação, mudando, ainda que minimamente, a estrutura de DNA.

Na trama descrita fica evidente a conjunção da intolerância à dor pela perda do afiliado por parte do cientista[8] com o desespero de Deusa para atingir seu desejo frustrado de maternidade. As duas questões configuram a situação que propiciaria a experiência da clonagem reprodutiva. A despeito da crítica feita por Collucci acerca da confusão que a novela traria em relação à distinção entre clonagem e outras técnicas reprodutivas, interessa dar relevância à emissão dessa telenovela

[7] Note-se aqui a inversão dos termos. Tradicionalmente o pai era reconhecido como sendo o marido da mãe.
[8] A intensidade da dor ocasionada pela perda de um filho como justificativa para a clonagem humana também foi referida durante o V Congresso Brasileiro de RA, como se verá mais adiante.

no momento em que, na realidade, estava sendo anunciada a possibilidade da clonagem vir a acontecer. A novela se articula ao processo de transformação social, "efetua comentários culturais acerca de uma sociedade em processo de transformação, permitindo inclusive uma justaposição de concepções sociais nem sempre coerentes e tampouco complementares..." (Almeida, 2001, p.167).

Numa interessante junção entre telenovela e consumo, Almeida afirma que a primeira opera com uma estratégia similar aos anúncios publicitários. As personagens novelescas introduzem novos produtos, incluindo tecnologia de ponta, e, além de exibir "didaticamente" suas formas de uso, estabelecem uma identificação com o usuário ideal, possibilitando a familiarização com os mesmos.

A publicidade promove novos produtos, acopla significados e imagens aos mesmos e lhes dá sentido a partir dos significados culturais e valores sociais em circulação. Por sua parte, as novelas promovem o contato da audiência com valores associados ao indivíduo moderno, autônomo e sujeito de escolhas de estilos de vida. No processo de "educação sentimental", os espectadores se sentem atualizados, indivíduos modernos que buscam formas mais atualizadas de viver suas relações familiares e conjugais:

> *Quando os mesmos valores modernos, bens de consumo, serviços e estilos de vida chegam à publicidade, eles são conhecidos do público, que pode então reconhecer os sinais com os quais a publicidade opera. A novela permite que os espectadores leiam e interpretem sinais de uma sociedade de consumo, que percebam sua hierarquização social ao lado de uma série de formas de viver e de estilos de vida, e que busquem eventualmente alguns (ou vários) destes estilos para si.* (Almeida, 2001, p.243, ênfase no original).

Birman, por sua vez, afirma haver uma relação entre o imaginário popular e científico, ancorada na possibilidade da imortalidade, anteriormente recriada pelas narrativas de ficção. Após a clonagem de Dolly, a realização da clonagem humana começou a se tornar uma possibilidade mais real, sendo que a mídia teria jogado um papel importante no processo de ultrapassagem das fronteiras entre os laboratórios científicos e a arena pública:

> *As ficções passaram a ser reconfiguradas pela tradução midiática, formatadas que eram numa retórica cientificista. (...) Com isso, os seus conceitos ganharam volume no imaginário, no qual circulam agora palavras novas na gramática do senso comum. O significante célula-tronco se inscreve agora na linguagem do cotidiano. (...) Enfim, o imaginário popular foi sendo pulsado agora pela retórica midiatizada da ciência."* (Birman, FSP, 09/06/02).

Para o autor, os experimentos científicos, tais como os da clonagem humana, comumente transmitidos pela mídia, incidem no imaginário contemporâneo, chegando inclusive a colonizá-lo.

Tentamos mostrar como a ficção televisiva joga um papel importante na difusão da RA como um bem de consumo moderno, sofisticado e valorizado. Nesse processo, populariza-se a temática e alguns de seus termos, como "barriga de aluguel, bebê de proveta, clonagem",

privilegiando os aspectos da RA que mais combinam com os dramas de família e os valores tradicionais associados. Nesse sentido, é pelo seu aspecto "melodramático" que o tema aparece ligado aos sentimentos e não como fonte de informação organizada como, por exemplo, visaria o jornalismo[9].

A Reprodução Assistida na imprensa escrita

A mídia tem ocupado um espaço importante nas pesquisas sobre saúde sexual e reprodutiva. Não por acaso os trabalhos produzidos recentemente sobre RA no país incluem a análise da divulgação dada pela imprensa a este assunto (Corrêa, 1997b; Ferreira, 1998; Barbosa, 1999; Luna, 1999). Esta tendência se explicaria pelo reconhecimento de pesquisadores acadêmicos e atores políticos acerca da importância da mídia na divulgação de informações e na disseminação de valores.

> *De fato, a pauta da mídia, especialmente no que diz respeito à ciência, tecnologia e comercialização de medicamentos, afeta o entendimento que cada um de nós tem do que somos e de como nosso corpo funciona, bem como muitas das idéias que compartilhamos sobre saúde, doença e comportamentos aceitáveis ou condenáveis. (...) Esse reconhecimento considera que o discurso da mídia, ao mesmo tempo em que reflete significados vigentes, é parte do processo pelo qual os indivíduos constroem significados* (Citeli, 2001, p.238)

Nesta perspectiva, nos propomos analisar as matérias sobre RA veiculadas na imprensa escrita, oferecendo uma panorâmica global e complementar a outros recursos. Ao longo do período analisado, 1994-2001, através do banco de dados do jornal *Folha de S.Paulo*, sistematizado desde 1994, o universo semântico se amplia na medida em que as técnicas foram se diversificando. Na pesquisa dos últimos anos foi necessário ampliar as palavras de entrada para obter maior número de matérias. No início do período, estas eram catalogadas sob o termo "bebê de proveta", que parece ter ficado pequeno para incluir a diversidade de procedimentos tecnológicos desenvolvidos mais recentemente, englobados de maneira mais genérica no termo "reprodução assistida".

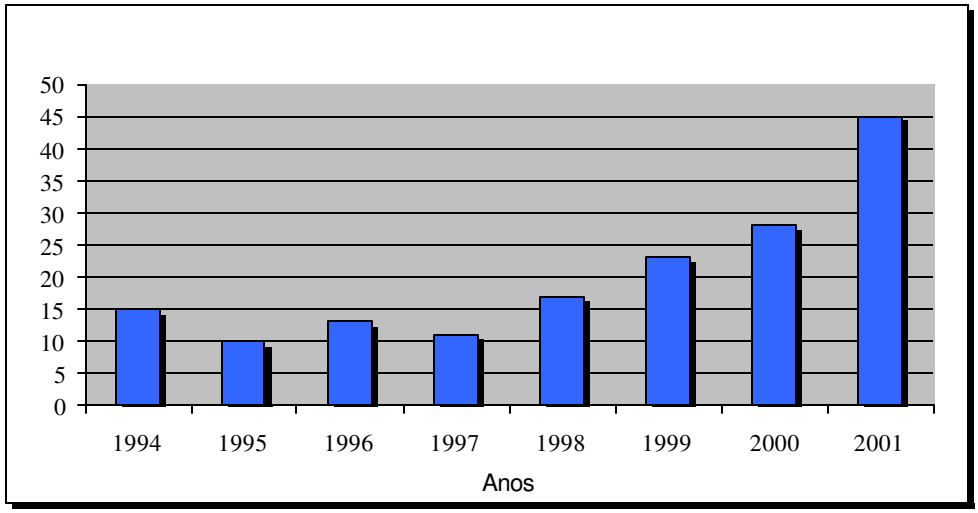
Na seleção e revisão de 162 ocorrências que efetivamente abordavam o assunto, as matérias foram classificadas por local de origem da notícia ou debate (internacional, nacional ou internacional/nacional), editoria (Editorial, Cotidiano, Caderno Mais!, Mundo, Ciência, etc.) e assunto (aspectos médicos/técnicos, jurídicos/morais/éticos, sociais/psicológicos, divulgação de eventos/livros/centros e estatísticas). Considerou-se pertinente observar quais eram as fontes consultadas no âmbito local: especialistas, clínicas ou hospitais, agremiações profissionais. Classificou-se também a autoria da matéria, mas além de não ser um dado sistemático resultou ser

[9] Agradeço a Heloísa Buarque de Almeida os comentários e sugestões nesta parte.

pouco relevante. É de anotar que a análise se realizou sobre o número de ocorrências registradas no banco de dados da *Folha,* nas que as sub-retrancas foram contabilizadas como ocorrência.

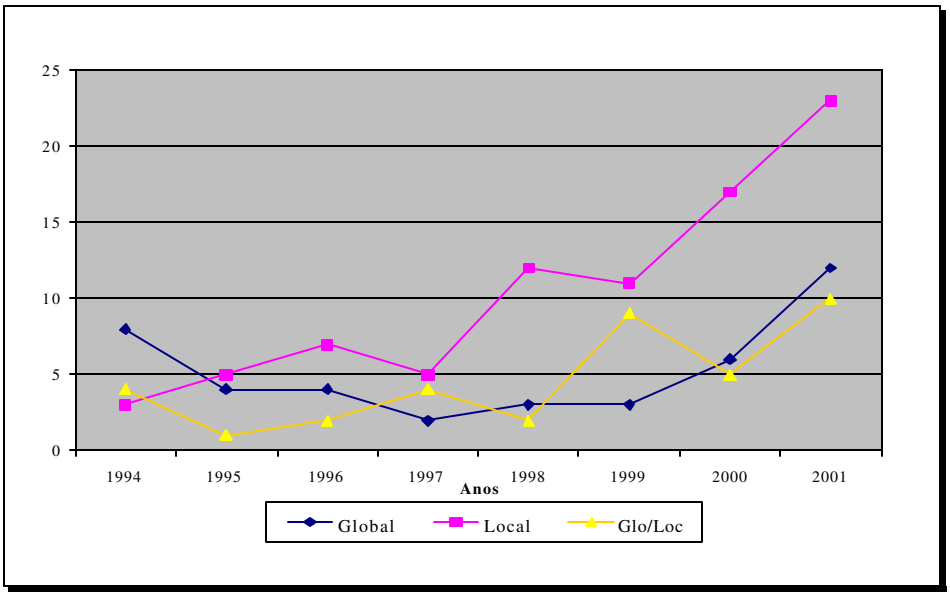
Observou-se um crescimento progressivo a cada ano de matérias publicadas sobre ao assunto. Nos últimos anos, especialmente em 2001, o número de ocorrências cresceu de maneira dramática em razão de escândalos e polêmicas acerca do uso efetivo ou potencial de técnicas que levantam discussões éticas, tais como a transferência de citoplasma e a clonagem. O gráfico 1, mostra o crescimento do espaço proporcionado pela *Folha de S.Paulo* à temática da RA.

Gráfico 1
Número de matérias sobre RA publicadas pelo jornal *Folha de S.Paulo,* 1994 a 2001



No início do período analisado as notícias eram produzidas, predominantemente, no contexto internacional com pouca contribuição de eventos nacionais. Como mostra o gráfico 2, à medida que houve crescimento do número de matérias publicadas, houve também aumento das matérias produzidas no país. Foi necessário colocar uma terceira categoria que agrupasse as notícias que se referiam aos dois contextos. Poderíamos considerar que se no começo desse período o país era espectador desse desenvolvimento, a partir de 1998 há uma progressiva produção de notícias locais que, possivelmente, expressa uma inserção mais consolidada do país nesse tipo de empreendimento.

Gráfico 2
Número de matérias, segundo o local de origem



Em 1994, a maioria das ocorrências se concentrou nos meses de janeiro e fevereiro, possivelmente como reação à divulgação, no final de 1993, do parto gemelar de uma mulher de 59 anos, na Inglaterra; e de uma mulher negra ter dado à luz um filho branco, na Itália. Em 1996 houve um leve crescimento de notícias locais, mudando a tendência dos anos anteriores, nos quais estas se originavam, especialmente, em países europeus. Em 1998 observa-se um notório aumento de ocorrências, localizando o debate e a notícia no contexto nacional. Durante esse ano, as discussões sobre clonagem começaram a ganhar relevância, com ênfase na falta de prontidão do sistema jurídico brasileiro para impedir essas experiências. Observou-se certa consolidação na divulgação de técnicas de RA disponíveis nos diferentes centros do país. Em 1999 ganha destaque a relação entre clínicas locais e pesquisadores internacionais ligados à denuncia do nascimento de bebês "transgênicos", que provocaram reações mundiais e locais. Também são publicadas matérias especiais sobre RA comemorativas de datas especiais, como o dia das mães ou dos pais. O significativo aumento de matérias em 2001, quase o dobro em relação ao ano anterior, seria produto da continuidade das discussões sobre a possibilidade de realização da clonagem humana.

A síntese dos principais eventos ou discussões noticiadas, apresentadas a seguir, mantém um eixo temático, seguindo, na medida do possível, uma seqüência temporal que permite apresentar tanto o crescimento do campo, como a complexidade das discussões.

As novidades tecnológicas

Em 1994 a FIV aparece mencionada como coisa do passado, pouco sensacional, ao ser anunciada a ICSI, desenvolvida em 1993 e disponível no país desde 1994. Na época, essa técnica prometia resolver a infertilidade masculina – de cada dez casos, oito ou nove teriam sucesso. Com a ICSI, um único espermatozóide seria suficiente para conseguir a tão desejada fecundação: "Em vez de torcer para que um entre milhões fure as paredes do óvulo, os médicos injetam um espermatozóide diretamente lá dentro. E esperam a concepção" (FSP, 27/11/94, p.28, 29). A entusiástica reportagem destaca que essa técnica permitiria a realização do "pequeno milagre" e controlaria a transmissão de doenças hereditárias[10].

A seguinte cena fictícia é dada como marco para abordar o rápido desenvolvimento dessas técnicas, que também estariam disponíveis no país:

> *A cada seis meses, a executiva Mariana, 33, vem do interior para uma consulta médica e uma visita a seus futuros filhos. Os bebês devem nascer dentro de três anos, ou no próximo milênio. Mariana não é casada, não está namorando, nem quer ficar grávida nos próximos anos. Suas futuras crianças são cinco embriões congelados, presos a uma haste e mergulhados num tanque com nitrogênio líquido. O pai é um doador anônimo de um banco de esperma. Mariana procurou a clínica do médico Roger Abdelmassih preocupada com a idade e o envelhecimento de seus óvulos. O médico sugeriu a fertilização de seus óvulos em laboratório e o congelamento dos embriões.* (FSP 05/06/94, p. 4-10)[11].

A cena, além de colocar em evidência a modernização tecnológica do país, cria um imaginário sobre as mães do futuro: mulheres executivas, que planejam a maternidade tardia, e têm filhos sozinhas. Os filhos não mais seriam produto de relações, nem projeto de um casal e sim de decisões individuais planejadas. Há uma certa centralidade outorgada aos embriões congelados, na que se lhes atribui o *status* de filho.

Essa técnica, chamada de "parada biológica" por outro especialista brasileiro (dono de um centro de reprodução na Califórnia e duas filiais no Brasil), permitiria planejar a gravidez em idade avançada. Os óvulos poderiam ser protegidos da ação do tempo, ainda que estivessem mais novos do que o útero no qual seriam implantados futuramente. A reportagem menciona as vantagens que esse sistema traria para as mulheres se desvencilharem das "pressões da idade", assim como a utilização dos bancos de sêmen as liberaria dos "constrangimentos afetivos com um futuro companheiro". Na visão de outro especialista, essa técnica é promissora, embora não seja prudente "vender ilusões", uma vez que o índice de gravidez cai com o congelamento prolongado de

[10] Uma visão diferente e antagônica sobre este último ponto foi observada durante o V Congresso brasileiro de RA. Essa discussão se apresenta mais adiante.

[11] A estratégia da maternidade futura será explorada, nesta mesma clínica, como parte de suas campanhas de prevenção da esterilidade. Cf. mais adiante comentários e imagens sobre o *Guia da fertilidade para futuras mães.*

embriões. A reportagem traz certa ambigüidade acerca de se a técnica de criopreservação estaria disponível no Brasil ou seria uma possibilidade para o futuro.

Dessa maneira, por via da RA, haveria a promessa de um "avanço libertador para a mulher", no sentido de lhe conceder autonomia de escolhas reprodutivas, sem constrangimentos ocasionados pelo tempo ou pela relação conjugal. A tecnologia permitiria às mulheres adiar a maternidade em função de projetos profissionais, econômicos e pessoais, questão que será questionada, alguns anos depois, por uma pesquisa que discute o fenômeno social de "falta de filhos", resultante da postergação da maternidade e o baixo sucesso das NTRc em mulheres acima de 42 anos. A autora da pesquisa identifica, nos Estados Unidos, uma "epidemia de falta de filhos" entre mulheres bem-sucedidas de grandes empresas que, aos 40 anos, ainda não tiveram filhos. No outro lado da moeda, estariam as clínicas de RA que realizam agressivas campanhas para divulgar as novidades tecnológicas, porém disfarçam as verdadeiras chances de êxito. (*Time*, 08/04/2002; *Veja,* 17/04/2001; *Exame*, 29/05/2002). Curiosamente, não se encontrou no banco de dados da *Folha* nenhuma menção a esta pesquisa.

Em 1995 a biopsia embrionária ou diagnóstico genético pré-implantacional (PGD) começa a ser mencionada como uma técnica em desenvolvimento. As mulheres brasileiras dispõem no Brasil "das técnicas mais avançadas para tornar sua gestação possível". O tema PGD é mencionado geralmente como um mecanismo alternativo para ser usado especialmente por mulheres de mais idade. Ainda que os especialistas possam divergir acerca da idade limite para ter uma gravidez sem risco, observou-se uma ampliação desse período de 28 para 35 anos. (FSP, 10/01/95, p.1-12; 02/04/95, p.5-15; FSP, 14/05/95, p.3-3 e 3-9). O PGD estaria disponível no país em 1998, numa clínica de São Paulo (FSP, 09/05/98, p.3-5).

Se as novas técnicas foram anunciadas por clínicas privadas, os hospitais públicos não ficaram atrás na aquisição de tecnologias. A Unifesp divulgou a inauguração do Centro de Técnicas Avançadas em Urologia que visa proporcionar, entre outros, atendimento em RA. O centro foi equipado com dinheiro da iniciativa privada, que lhe permitiria ter o primeiro banco de sêmen universitário do país. Para garantir a manutenção do hospital, a unidade reservou dois dias da semana para atendimento de convênios médicos, destinando três dias para pacientes da rede pública (FSP, 11/09/98, p.3-9).

O imperativo social da reprodução é observado na imprensa brasileira. Uma matéria especial sobre infertilidade masculina é publicada no dia dos pais. As técnicas usadas especialmente para resolver a infertilidade masculina são apresentadas como mecanismos que permitem a realização do desejo de ser pai: "Modernas técnicas de reprodução assistida prometem ajudar os homens com problemas de fertilidade a comemorar, em breve, o Dia dos Pais." Um urologista,

proprietário de uma clínica em São Paulo, explica quando suspeitar de infertilidade, a proporção de causas masculinas, os procedimentos médicos a serem realizados na pesquisa da infertilidade do casal, os tipos de exames masculinos requeridos, as técnicas indicadas para o tipo de problema de infertilidade e as chances de sucesso de cada uma delas.

Na linguagem empregada, os espermatozóides são classificados em bons ou ruins, segundo sua velocidade; direcionados ou não direcionados; lentos e confusos; ou muito lentos e que "caminham" sem direção. Para realizar a fertilização, os melhores espermatozóides são selecionados e colocados em um meio de cultura que contém "líquido com nutrientes". Porém, se ainda assim os espermatozóides não fecundarem o óvulo, uma "mãozinha" é oferecida mediante o uso da ICSI. Caso não haja espermatozóides, algumas novidades –em experimentação nesse momento– "prometem facilitar ainda mais o caminho para os futuros papais." Trata-se do uso de espermátides, células muito jovens, precursoras dos espermatozóides (FSP, 09/08/98, p.3-4).

Mas, nem tudo para por ai. Outra sub-retranca trata das limitações do sucesso causadas pela idade da mulher, assinalada como um dos principais empecilhos para o bom desempenho das técnicas: "quanto mais velha, menores as chances de gravidez."

As novidades tecnológicas são explicadas mediante o uso de analogias para facilitar sua compreensão. A transferência de citoplasma, uma técnica para "rejuvenescer" o óvulo, é explicada através da analogia entre óvulos de mulheres velhas e novas e computadores obsoletos e de última geração: "é como tirar o disco rígido de um computador obsoleto e instalá-lo numa máquina de último tipo, com CPU e periféricos mais eficientes". Esse tipo de procedimento requer também o uso da ICSI, comparada a um "túnel que leva o jogador até a beira do campo e evita que ele tenha que passar pela arquibancada e pela torcida do time adversário" (FSP, 25/04/99, Mais!, p. 5-14).

O desenvolvimento das técnicas de transferência de núcleo e de citoplasma contou com a participação do Dr. Peter Nagy, especialista húngaro, com doutoramento em Bélgica e integrante da equipe do Hospital Europeu de Roma. Na época, a reportagem fez alusão aos planos deste médico de radicar-se no Brasil, integrar a equipe da maior clínica de RA do país e realizar experimentos de junção de óvulos de mulheres diferentes para a obtenção de um só.

Dr. Nagy comenta que esta técnica, como qualquer outro procedimento introduzido na terapia humana, pode trazer efeitos colaterais indesejados e imprevistos, ainda que não constatados em animais. Mesmo assim, sua utilização se justificaria porque a performance dos óvulos de mulheres mais velhas é melhorada com o "transplante rejuvenescedor".

A maturação de gametas femininos *in vitro* seria, segundo a reportagem, o próximo grande passo após a FIV e a ICSI. Essa técnica estaria sendo testada pelo Dr Jiaen Liu, pesquisador chinês, com doutorado na Bélgica e radicado nos Estados Unidos. Este pesquisador planejava mostrar

resultados na maior clínica de RA do Brasil, localizada em São Paulo, onde doze pacientes estariam dispostas a doar seus órgãos para a realização de experimentos. A co-participação dessa clínica nessa experiência a colocava entre os vinte centros que, no mundo todo, tentam a maturação de gametas femininos *in vitro*.[12]

Segundo os especialistas entrevistados pelo jornal, o sucesso desta técnica poderia diminuir os custos da RA, uma vez que "a produção de bebês de proveta será simplificada", eliminando a hiper-estimulação da ovulação mediante o uso de medicamentos –um dos itens mais caros do procedimento.

Pouco menos de um ano depois de publicada a reportagem anterior, a *Folha* divulga essas técnicas como as técnicas do futuro, com um perfil de usuárias claramente definido. A maturação de tecidos ovarianos seria usada por "Mulheres que planejam filhos após os 35 anos e mulheres com diagnóstico de câncer que vão passar por quimio ou radioterapia ou que precisam retirar os ovários devido a cistos, tumores ou miomas". A transferência de núcleo seria indicada para "Mulheres acima de 40 anos ou que produzem óvulos fracos" (FSP, 05/10/2000, p.13).

O artigo é acompanhado de exemplos bem-sucedidos de casais brasileiros, entre eles o de um homem que sem produzir espermatozóides e mediante o uso de células precursoras (espermátides) conseguiu ser pai de trigêmeos. Também é mencionada uma mulher que engravidou aos 40 anos mediante a recém descoberta técnica de transferência de citoplasma. A gravidez teria sido possível depois de seis anos de tentativas frustradas, nas quais investira mais de R$25.000.

O anúncio do nascimento dos primeiros bebês "geneticamente modificados" causou revolta no panorama internacional, com repercussões no contexto nacional: "15 crianças saudáveis nasceram como resultado de um programa experimental de fertilização, desenvolvido nos laboratórios do instituto norte-americano". O mau funcionamento do citoplasma do óvulo, causa de infertilidade entre algumas mulheres, seria superado mediante a injeção de citoplasma de um óvulo sadio proveniente de outra mulher. Nessa troca, a criança apresentaria, além dos genes herdados de seus pais, uma pequena quantidade de caracteres genéticos da doadora do citoplasma. Para os pesquisadores, esses genes alteram as células que dão origem às células sexuais podendo ser transmitidos para outras gerações. Tecnicamente falando, haveria alteração na linhagem germinativa (FSP, 04/05/01, p.A17).

[12] Note-se que a dinâmica continua sendo a mesma relatada nos inícios da RA no país: intercâmbio com reconhecidos pesquisadores no contexto internacional e o oferecimento de pacientes brasileiras para testar as pesquisas. Tal fato coloca os centros brasileiros de RA entre os países com tecnologia de ponta que buscam novas técnicas ou o aprimoramento das mesmas. O médico chinês, o húngaro e o chileno (este último teria estado envolvido num escândalo nos Estados Unidos em 1996), fazem parte da mesma equipe no Brasil. Eles aparecem destacados no catálogo deste centro como "as estrelas da clínica".

Nas entrevistas que acompanharam essas reportagens, o especialista brasileiro consultado, Dr. Abdelmassih, manifestou que essa técnica era empregada na sua clínica há um tempo, e já teria gerado pelo menos 40 bebês por esse método. O médico afirma que a quantidade de citoplasma injetado é "quase que insignificante", mas ainda assim adverte suas pacientes sobre a possibilidade de ocorrer uma "contaminação". Os questionamentos éticos são respondidos pelo especialista, fazendo referência à concordância e responsabilidade do casal, explicitadas na firma do consentimento informado (FSP 05/05/01, p.A15; *O Estado de S.Paulo* 05/05/01).

As considerações de Marcelo Leite sobre a realização de pesquisa em clínicas de reprodução trazem um ponto de discussão bastante importante. O articulista estabelece uma diferenciação entre o laboratório como local de produção de pesquisa básica e as clínicas de reprodução –geralmente muito bem remuneradas–, que oferecem serviços de realização do sonho da maternidade. Para Leite, não haveria nenhuma diferença entre a experiência de transferência de citoplasma realizada nos Estados Unidos e em São Paulo, a não ser o fato de o pesquisador norte-americano tê-la publicado "imprudentemente" em uma revista especializada –*Human Reproduction.* Ao corroborar a chamada "contaminação" por parte do médico brasileiro, o pesquisador norte-americano teria afirmado que seria o primeiro caso de modificação genética da linhagem de células germinativas humanas (FSP, 10/05/01, p.A2).

Leite considera exagerada a reação do editorial da revista *Science*[13] e as denúncias da ONG ISIS (Instituto de Ciência na Sociedade), uma vez que a quantidade de mitocôndrias transplantada seria mínima para afirmar que, dessa maneira, se criaram "seres humanos trans-gênicos". Essa afirmação seria uma "enormidade quase tão grave quanto concordar que médicos como Barrit têm direito de decidir por conta própria o que é bom para o futuro genético do homem".

Apesar do menosprezo dado na reportagem anterior às implicações da "contaminação", um artigo publicado posteriormente (FSP, 26/05/01; p.A17) informou que duas das crianças geradas com essa técnica, nos Estados Unidos, teriam nascido com a síndrome de Turner, que inibe do desenvolvimento sexual, associada à ausência de um cromossomo X nos bebês femininos.

O assunto rendeu reportagens posteriores mais amplas, que deram cobertura inclusive à entrevista coletiva dada por uma equipe de pesquisadores nacionais e internacionais, convidados para o 2º Simpósio Internacional de Novos Desenvolvimentos em Reprodução Assistida, realizado em São Paulo, nos dias 25 e 26 de maio de 2001. Entre eles, o professor Robert G. Edwards, um dos responsáveis pelo nascimento da primeira bebê de proveta do mundo, e Jacques Cohen, médico da

[13] O editorial da *Science* também teria condenado o fato desses procedimentos serem realizados em clínicas de RA, por não ser o local adequado para técnicas de manipulação genética. (FSP, 18/05/01; p. A10).

equipe norte-americana que publicou a experiência de transferência citoplasmática na *Human Reproduction.*

Para o Dr Peter Nagy –nesta data, incorporado à equipe brasileira–, a transferência de citoplasma seria o único procedimento efetivo para 5% dos casais que procuram tratamento de infertilidade[14]. Ao se referir aos riscos dessa técnica, avalia que "as doenças associadas aos genes presentes na mitocôndria são tão raras que nem saberia dizer seus nomes." Nos casos da síndrome de Turner, identificada entre os bebês norte-americanos nascidos por essa técnica, acrescenta que pode ter havido erro dos técnicos na separação dos cromossomos ou a síndrome pode ser produto da idade avançada das mulheres que se submeteram à transferência. Em última instância, "A responsabilidade não seria do médico, mas da paciente" (FSP, 26/05/01; p.A17).

Jacques Cohen, também entrevistado, nega que os bebês nascidos mediante transferência de citoplasma sejam modificados geneticamente, contradizendo as afirmações publicadas na *Human Reproduction.* Um dado interesse é que a técnica começara a ser testada dois antes do nascimento do primeiro bebê gestado mediante esse procedimento, colocando em evidência o pouco tempo de experimentação. Para esse pesquisador, as reações acusatórias seriam produto de uma baixa compreensão da ciência por parte de especialista em ética e pela informação distorcida publicada por um jornalista da BBC (FSP, 01/06/2001; p.A12).

Vários artigos sobre esse evento evocam a lei 8.974/95 da CTNBio, que proíbe a manipulação genética de células germinais. Porém, consultado o CFM, por via de seu representante, o médico Mário Toscano de Brito Filho, manifesta que "é difícil considerar como manipulação genética a transferência de mitocôndrias de um óvulo humano para outro" (FSP, 01/06/01, p.A12).

Chama a atenção que no ano anterior a *Folha de S.Paulo*, (05/10/2000, Caderno *Equilíbrio*) já tinha publicado o caso de uma mulher brasileira de 40 anos que, após várias tentativas, teria conseguido engravidar com a transferência de citoplasma, mesma técnica que causou reação internacional negativa. Na época, o uso da técnica por parte da equipe brasileira não provocou nenhuma reação na imprensa.

As diferentes equipes de pesquisadores continuaram investindo na preservação e amadurecimento de tecido ovariano. Se tal técnica desse certo, poderia ser empregada em mulheres com esterilidade decorrente de tratamentos como quimioterapia e radioterapia. Dessa maneira, a

[14] Diversas reportagens estimam que, no Brasil, 15% a 20% dos casais teriam problemas de infertilidade, sem que se expresse como foi obtido esse dado. Segundo dados divulgados por Zegers-Hochschild, diretor do Registro da RED, durante o V Congresso Brasileiro de RA, somente 0.7% da população infértil da América Latina teria acesso às NTRc. Assim sendo, os 5% apontados pelo Dr. Nagy deve corresponder a uma proporção muito baixa, o que coloca em questão a justificativa, em termos estatísticos, para o uso de tecnologias altamente polêmicas e com conseqüências futuras desconhecidas. Possivelmente seja nesse sentido que Marcelo Leite adverte acerca da gravidade de deixar os médicos decidirem o futuro genético da humanidade.

biotecnologia se antecipa ao criar técnicas para tratar a infertilidade futura. O Dr. Nagy manifesta que o congelamento de tecido ovariano é tentado no Brasil, mas a técnica ainda tem baixa eficiência. Mesmo assim, ele recomenda que as mulheres que devam se submeter a tratamentos que causam esterilidade congelem, desde já, pedaços de ovários. Quem sabe, a técnica possa dar certo em alguns anos. (FSP, 03/07/01, p.A10).

Observa-se uma postura entusiasta dos pesquisadores enquanto aos tratamentos em experimentação. As pessoas podem, de alguma maneira, se submeter não só às técnicas disponíveis no momento, como também às futuras, mediante a conservação do material genético, postura na qual se transmite absoluta convicção sobre os benefícios tecnológicos.

A antecipação não se dá somente enquanto ao uso de técnicas que poderiam funcionar posteriormente. A previsão da infertilidade também aparece manifesta na pesquisa realizada pelo Centro de Reprodução Assistida da Unifesp, que acompanha, há dois anos, 300 adolescentes em São Paulo, entre os quais se teria detectado uma alta incidência (27%) de varicocele[15], comparada com a incidência na população masculina em geral, que seria de 20% (FSP, 17/07/01, p.C7). Essa pesquisa permitiria identificar a população que possivelmente viria a apresentar problemas de fertilidade futura e, portanto, seriam potenciais usuários de técnicas de RA.

No ano 2000 começa a se discutir a clonagem como uma técnica factível de ser desenvolvida em humanos com fins terapêuticos e reprodutivos. São anunciadas novas técnicas de clonagem de animais mais eficazes que a técnica usada na geração da ovelha Dolly. Essa possibilidade estimula cientistas a afirmar que, se for eticamente aceitável, a clonagem poderia ser útil quando forem empregados sem sucesso os métodos disponíveis de RA: "a clonagem reprodutiva poderia ser justificada com base médica se, por exemplo, fosse o único modo de um casal ter filhos" (FSP, 05/09/2000, p.A16). Para alguns especialistas, a clonagem será inevitável em alguns anos e possível tanto técnica como moral e eticamente; outros acreditam que a clonagem humana não acontecerá, pois não passa de um projeto de médicos e cientistas pouco sérios (FSP, 10/03/01, A16).

Um aspecto que merece especial atenção nas matérias da imprensa é a apresentação das taxas de sucesso. Freqüentemente elas são descritas em termos gerais. Nas reportagens da *Folha*, estas aparecem diferenciadas pelo fator idade, mais do que pelo tipo de técnica usada. Algumas matérias de 1997 apresentam 20% de taxa de sucesso em mulheres de mais de 40 anos e de 45% para menores de 30. Essas proporções aumentaram significativamente, especialmente quando se apresentam valores acumulados de três tentativas: 65 a 70% em mulheres com menos de 30 anos e entre 18 a 20% em mulheres com 40 anos ou mais.

[15] Varizes no escroto, considerada uma das principais causas de infertilidade masculina.

"Hoje quase todo mundo pode gerar filhos. Novas técnicas de reprodução assistida dão esperanças a casais com problemas graves de infertilidade, e o futuro promete mais" (FSP, 05/10/2000, Equilíbrio). Esse é o tom expressivo das matérias divulgas na imprensa que mostram, de forma paralela, o panorama da RA no mundo e no Brasil. O editorial dessa edição afirma que, desde 1978, ano do nascimento da primeira bebê de proveta na Inglaterra, até o ano 2000 as chances de engravidar com assistência médica aumentaram de 5% para 50% por cada tentativa. Todavia, a apresentação desses valores é feita de maneira espetaculosa, especialmente em revistas de circulação semanal.

A revista *Veja* publicou, em maio de 2001, edição especial sobre RA "Tudo por um filho". O subtítulo da capa: "nove em cada dez casais brasileiros inférteis conseguem ter filho com a ajuda da medicina". Ao se referirem à *batalha* da ciência contra a infertilidade masculina, a promessa de êxito é de quase 100%. Afirma-se, ainda em destaque, que "99% das mulheres estéreis já podem ser mães". A reportagem traz depoimentos de médicos especialistas, assim como de mulheres ou casais que teriam recorrido, com êxito, a essas tecnologias. Após serem mostradas as chances de gravidez, em condições normais (18 a 20% a cada mês), afirma-se que "...os casais inférteis que se submetem a tratamentos têm quase o dobro de chance de engravidar que um casal sem problema algum de infertilidade". Todavia, para 1% de mulheres que não engravidariam com nenhuma das técnicas disponíveis, fica um último recurso: a adoção de embriões abandonados (*Veja,* 09/05/2001).

Relevamos a ampla e atualizada informação sobre RA que circula na imprensa brasileira, apresentada não só com o intuito de informar o desenvolvimento tecnológico nesse campo, mas, principalmente, da disponibilidade dessas técnicas no país. O relato de casos, mesmo se referindo aos altos custos, ao longo tempo investido na procura do filho biológico e às pressões vivenciadas pelas mulheres, geralmente termina com final feliz, ao cabo do que os "sacrifícios" são justificados.

Os programas de acesso às novidades tecnológicas

Nas matérias divulgadas pela imprensa é possível também acompanhar a inauguração de novos centros de RA e de programas que visam aumentar o acesso aos mesmos. Em matéria publicada em 1994 aponta-se a existência de 40 as clínicas de RA no país. Após o nascimento de Louise Brown, teriam nascido mais de 10 mil bebês de proveta no mundo. No Brasil, o número seria de 1.500. Destes, 500 teriam nascido no ambulatório de esterilidade conjugal da Santa Casa/SP, primeiro hospital-escola a oferecer serviços de RA, dirigido pelo Dr. Nilson Donadio[16]. O custo desses procedimentos em clínicas particulares é estimado em US$2.000 a US$8.000 (FSP, 05/06/94, p.4-10).

[16] Médico que disputou com o Dr. Nakamura a "paternidade médica" do primeiro bebê de proveta brasileiro.

Em maio do mesmo ano, mês comemorativo do dia das mães, o proprietário e diretor do maior centro de RA do país e da América Latina, Dr Abdelmassih [17], organizou o primeiro encontro de mulheres que tiveram filhos com ajuda da RA. Desse modo, o médico comemorou as 1.500 tentativas de fertilização realizadas na sua clínica, das quais 350 teriam tido sucesso. Segundo a reportagem, no evento participaram 20 mães e 60 crianças (uma média de 3 crianças por cada mãe), proporção indicativa da alta ocorrência de gestações múltiplas, resultantes de tratamentos de RA (FSP, 07/05/94, p. 3-1).

Uma matéria, publicada em 1996, anunciando a inauguração, no Brasil, de mais um centro de RA, filial de uma das maiores clínicas em uso de mães substitutas, nos EUA; propriedade de um especialista brasileiro (FSP, 26/08/96, p.4, Revista da Folha), merece especial atenção pelo tom de sua elaboração. O jornalista inicia o texto colocando a RA e a cirurgia estética como equivalentes. A primeira estaria deixando *fora de moda* os investimentos de milhares de reais ou dólares em cirurgia plástica feitos por arquitetas, empresárias, advogadas, etc. Cita a experiência de uma paciente, gerente de uma refinada butique paulistana, que teria consultado o médico brasileiro nos Estados Unidos e, posteriormente, na clínica que ele mesmo abrira recentemente em São Paulo. Ela diz ter ficado "satisfeitíssima" com o tratamento (de RA), razão pela qual diz tê-lo recomendado "para muitas amigas".

Além do destaque dado à RA como uma tendência de moda, de consumo de um bem suntuoso, o jornalista também dá relevância à rejeição inicial que este especialista teria tido por parte dos especialistas no país, associada à discordância entre a escola seguida por esse médico (tradição norte-americana) e a tendência dos médicos no Brasil, seguidores de técnicas européias. O "bate boca" entre os especialistas colocaria em evidência o zelo dos médicos locais em manter uma tradição que unifique o nível tanto técnico quanto os custos desses procedimentos.

De maneira excepcional, a matéria sai do padrão característico da imprensa que apresenta a RA como um recurso para superar a dor causada pela infertilidade, associada a valores tradicionais ligados ao desejo de maternidade/paternidade. Esse desenvolvimento tecnológico estaria a serviço de causas "nobres" e não "frívolas" como poderia ser vista, por exemplo, a expansão da cirurgia estética.

No período pesquisado foram identificados vários programas, de diversas clínicas ou grupos, para popularizar o "bebê de proveta" no Brasil. Em 1997, por exemplo, inaugurou-se um laboratório comunitário em São Paulo, que integraria vários serviços: a retirada dos óvulos seria

[17] Este talvez seja o especialista em RA, no Brasil, que tem a maior e mais constante presença na imprensa local durante o período revisado. Sua atuação é bastante polêmica entre seus colegas, como foi observado durante o V Congresso Brasileiro de RA e em algumas das entrevistas realizadas. Numa reportagem (*Veja On Line,* 18/07/2001), ele se autodenomina "Doutor Vida" e se anuncia como "o homem que semeia bebês".

feita em hospitais credenciados e, depois de obtido o embrião, a transferência para o útero da mulher seria realizado no laboratório comunitário especializado. Dessa maneira, a diminuição de custos (estimada em mais de 50%) ocorreria pela redução dos materiais e equipamentos usados pelo centro especializado, uma vez que parte do tratamento ou processo poderia se realizar em hospitais públicos, para depois dar continuidade no laboratório comunitário.

A reportagem divulga que o preço de cada tentativa de RA é entre R$5.000 e R$7.000, sendo necessário realizar entre três e quatro ciclos para obter uma gravidez. No esquema do programa de popularização do bebê de proveta, o preço cairia para R$3.000 por ciclo. "Queremos oferecer a possibilidade de gravidez a casais que até então não podiam pagar os altos custos de uma reprodução assistida", afirma o médico responsável pelo programa e presidente da Comissão Nacional de Reprodução Assistida[18] (FSP, 10/12/97, p. 3-6).

A matéria divulga os hospitais que fazem o *tratamento* gratuito, mas enfatiza o prolongado tempo de espera para os casais serem chamados, o que aumentaria sua ansiedade. A experiência do laboratório comunitário é inspirada em programas similares existentes na França e na Holanda. Os médicos acreditam poder dobrar o número de casais que se beneficiariam da RA com esse sistema no país: "Tem muita gente que ficava esperando juntar dinheiro para fazer uma fertilização artificial. Esse novo sistema vai abrir muito o leque de pessoas que poderão tentar ter filhos artificialmente."

Contudo, a perspectiva sobre o programa não é muito otimista na visão do diretor do maior centro de RA do país, que considera que o traslado dos óvulos e embriões de um local para outro pode diminuir a taxa de gravidez por tentativa. O ideal, para ele, é que todo o processo seja realizado no mesmo centro.

Em 1988 morre o médico Milton Nakamura, considerado o "pai" do primeiro bebê de proveta na América Latina. A disputa por quem teria sido o pioneiro da técnica no país volta à tona. O Dr. Nilson Donadio, ao se referir ao trabalho do Dr. Nakamura, manifesta que este foi importante porque permitiu a divulgação das experiências e técnicas que ele e sua equipe também vinham realizando, mas eram impedidos de divulgar por trabalhar numa instituição católica. (FSP, 02/01/98, p.3-6).

Nesse mesmo ano, outro programa é anunciado para popularizar ou permitir maior acesso da população às NTRc, através de convênio entre uma clínica de São Paulo e um banco, que abriria uma linha de crédito, permitindo o parcelamento da dívida deixada por esse procedimento. O objetivo seria "atender mais casais sem poder aquisitivo para tentar ter um filho". O crédito

[18] O mesmo médico irá lançar outro programa de popularização da RA no país em 1999, mediante a diminuição dos custos cirúrgicos.

bancário seria uma medida mais segura para as pacientes e a clínica. Mesmo com os juros, segundo a matéria, o crédito poderia ser a única possibilidade de *tratamento* para um maior número de casais. Outra clínica citada usaria um sistema próprio de parcelamento dos custos, que pode ser menos flexível do que o banco: "As clínicas acabam parcelando o pagamento para os clientes. Esse é um tratamento caro e que não tem garantias de que vá funcionar" (FSP, 04/12/98; p.3-4).

Os hospitais públicos também procuram mecanismos para aquisição e oferta de tecnologia reprodutiva de ponta. O recém inaugurado Centro de Técnicas Avançadas em Urologia da Universidade Federal de São Paulo, que recebeu R$700 mil da iniciativa privada (FSP, 11/09/98), anunciou em 1999 os planos para ampliar a cobertura do número de casais atendidos. O projeto era passar de 150, em média, a 350 atendimentos gratuitos por ano, incluindo os medicamentos para todas as pessoas que necessitassem. Um procedimento de FIV, com custo de R$10 mil em uma clínica privada, custaria, na Unifep R$2.500. Um dos médicos da equipe esperava chegar a gratuidade total com ajuda da iniciativa privada (FSP, 03/05/99, p.1-14).

A preocupação pela popularização da RA também se apresentava ligada à falta de doadoras de óvulos no país. Um serviço público de Brasília tentou contornar a situação, promovendo a troca de óvulos pelo pagamento do *tratamento*: "Desde 1993, mulheres mais velhas, com estabilidade econômica, financiam as medicações de mulheres mais jovens e carentes. (...) É uma tendência de popularizar a reprodução assistida, pois beneficia as pacientes da rede pública de saúde, que não tem condições de pagar um tratamento", afirmou o Dr. Joaquim R.C. Lopes, especialista que teria iniciado este programa. (FSP, 20/08/2000, p.C5).

Esta modalidade de "doação" (troca de óvulos por tratamento) é criticada por ferir o princípio de gratuidade da doação, estabelecido pelo CFM. A reportagem não faz referência à desigualdade implícita que supõe o programa: as mulheres pobres são colocadas na condição de fornecedoras de material reprodutivo para as mulheres com poder aquisitivo. A troca, de fato, não se dá entre iguais. Ela se produz numa situação de desequilíbrio de poderes, influências e recursos.

Barbosa (1999) aponta que o programa de "doação compartilhada de óvulos", iniciado em Brasília, articulava a clientela de uma clínica privada e de um serviço público. O programa teria surgido porque o hospital não contava com infra-estrutura para realizar as técnicas mais simples e a clínica privada não tinha óvulos para a realização dos procedimentos. Com o programa, a clínica privada resolvia seu problema de falta de óvulos e, em troca, as pacientes do hospital poderiam realizar a FIV sem custo financeiro na clínica privada. Barbosa enxerga nessa troca um reforço da brecha entre classes sociais, por via da tecnologia reprodutiva. As mulheres de baixa renda só

poderiam realizar seu sonho reprodutivo se houvesse uma mulher de alta renda que necessitasse de óvulos.[19]

Em 2001 o número de centros de RA continua aumentando, assim como as campanhas de prevenção da infertilidade. No dia das mães foi inaugurado, em São Paulo, um centro médico de atendimento e diagnóstico, por iniciativa de 50 médicos de diversas localidades do país. Estes especialistas esperavam diminuir os custos para as pacientes entre 30% a 50%. Além de educação continuada para especialistas da área médica, o novo centro ofereceria equipamentos e recursos de laboratório (FSP, 10/05/01; Equilíbrio, p.4).

A *Folha* também divulga eventos e reuniões organizadas pelas diferentes sociedades que agrupam os profissionais de RA, assim como palestras orientadas para o público em geral, oferecidas pelas clínicas ou agremiações desses especialistas. Números telefônicos, endereços postais e eletrônicos são divulgados freqüentemente para que as/os leitoras/es interessadas/os possam ampliar informações e esclarecer dúvidas sobre esse campo. Também são freqüentes os anúncios de lançamentos de publicações sobre o tema.

A ciência a jato e a lei de tílburi

Em 1994 foram divulgadas discussões internacionais, especialmente de países europeus, acerca da regulação da RA. Além da responsabilidade que cada país teria na formulação das leis, os países da União Européia discutiram a necessidade de regulamentações transnacionais para o controle do chamado turismo médico, uma vez que "os desenvolvimentos em fertilização artificial e tratamentos para fertilidade têm importantes implicações éticas, sociais e médicas", que ultrapassariam as fronteiras. (FSP, 08/01/94, p.1-10; 15/01/94, p.2-8).

Enquanto os países europeus buscavam encontrar mecanismos de controle transnacionais, no Brasil, um ginecologista, professor da USP e presidente da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e ex-Secretário de Saúde, considerava que o repúdio mundial pela façanha de Antinori –que possibilitou o parto de uma mulher aos 59 anos– seria reflexo do machismo no mundo contemporâneo. O aumento na expectativa de vida das mulheres, assim como a aceitação da correção de outras limitações decorrentes da idade avançada (tais como o uso de óculos para corrigir deficiências visuais), seriam justificativas para ultrapassar o "cerco limitante

[19] Algumas autoras têm indicado que a mercantilização da procriação gera grandes lucros através do desejo da maternidade (Oliveira, 1996). Sarah Boone, *Apud* Stone, 2000, observa que a ineqüidade de classe e raça, no caso da maternidade substituta, pode se equiparar à condição das mulheres negras na América escravista. A *surrogate mother* seria explorada não na sua sexualidade, senão no seu corpo reprodutivo, seria outra classe de *bottom woman,* cuja condição não está dada pelo acesso a sua sexualidade, mas sim a seu corpo reprodutivo. Boone, Sarah: Slavery and contract motherhood: a "racialized" objection to the autonomy argument. In: Holmes, H.B. (ed.) *Issues in reproduction technologies,* New York: New York Press, 1994.

que a natureza impõe às mulheres na menopausa", fato considerado injusto pelo médico (FSP, 17/01/94, p.1-8)[20]

Além das regulamentações transnacionais, foram noticiados os controles sobre o uso dessas técnicas na França e na Inglaterra. Estas só poderiam ser fornecidas para mulheres em idade reprodutiva, com parceiro vivo e estável; proibindo o uso de "mães de aluguel" e de tratamentos para mulheres homossexuais ou solteiras (FSP 05/01/94, p.1-10; 06/01/94, p.2-9). A discussão destes temas perpassa também o debate acerca de se o uso dessas técnicas deve ser definido pelos Estados ou pelos indivíduos (FSP 07/01/94, p. 1-12).

O uso de óvulos retirados de fetos femininos abortados ou de mulheres mortas é analisado na Inglaterra, como alternativa à falta de doadoras de óvulos. O assunto suscita debate em torno à subversão da seqüência de gerações, pois no caso de crianças nascidas de óvulos de fetos abortados a mãe biológica nem teria nascido; ou no caso do uso de óvulos de uma mulher morta, a mãe teria morrido antes da criança ser concebida (FSP, 08/01/94, p. 1-10). Note-se que a definição de mãe, nesta perspectiva, é dada pela origem do material genético.

Na procura de um paralelo jurídico desse debate no país, são mencionadas as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM)[21]. Os debates ético-jurídicos em curso nos países europeus são citados, colocando em evidência a ausência dos mesmos no Brasil. Em editorial, a *Folha* indica a necessidade de regulamentação da RA no país e de debates sobre o assunto que não se alinhem a perspectivas conservadoras que "amordacem a ciência". O que deveria ser regulado pela lei seriam os limites à manipulação genética com vistas à eugenia. Na opinião do editor, as questões relativas à idade limite para esses procedimentos ou ao uso de material genético de pessoas mortas seriam do domínio dos indivíduos, uma vez que estas decisões não causariam nenhum prejuízo à humanidade (FSP, 23/01/94, p.1-2).

Em artigo publicado no caderno Mais! são lembradas polêmicas anteriores suscitadas pela "intervenção *contra naturam* no nascimento do humano", que evidenciaram os equívocos na avaliação dos avanços científicos– o que num momento é considerado sacrilégio, pode torna-se procedimento de rotina posteriormente. A confluência da reprodução *in vitro* e a genética colocaria

[20] A posição deste ginecologista será conseqüente com sua política posterior, como chefe de um serviço público de RA, de levantar o limite de idade para as mulheres, como critério de acesso a esse serviço. Essa posição teria sido adotada, segundo um dos nossos entrevistados, após matéria publicada na FSP (10/03/02) que qualificou como inconstitucional e discriminatória a exclusão de mulheres pela idade. A decisão, segundo o entrevistado, obedeceria a interesses políticos, mais do que a uma consciência dos direitos das mulheres.

[21] No Brasil, a RA em humanos é regulada pelas normas do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM-1.358 de 1992), que estabelecem princípios gerais acerca das técnicas, da população, das condições físicas em que estas podem ser usadas, e da equipe de profissionais necessária para oferecer esse serviço. Atualmente, são tramitados alguns projetos de lei (de 1993, 1997, e 1999) no Congresso Nacional. Uma síntese das normas do CFM e dos projetos de lei se apresenta no anexo 1.

um dilema radical para a sociedade: ou se pára a ciência, ou os códigos de ética teriam de ser auxiliados por um tipo de polícia genética para o controle de um mercado ilegal da eugenia. Por outro lado, a *maleabilidade cultural* mencionada pelo autor da matéria, viria a tolerar certo tipo de intervenções sob as características humanas mediante uma espécie de "controle de qualidade" dos bebês nascidos que, de alguma maneira, já estaria sendo feita mediante as técnicas de diagnóstico pré-natal (FSP, 23/01/94, p.6-4).

Já em 1994 se advertia a falta de preparo das leis brasileiras para evitar experiências como a clonagem. O articulista Walter Ceneviva, que manteve uma reflexão constante sobre o assunto durante os anos revisados, assinala que as regras jurídicas e sua doutrina são interpretadas segundo um olhar ocidental do mundo, influenciado pelo judaísmo e pelo pós-judaísmo cristão. Porém, adverte Ceneviva, os progressos da ciência não deveriam ser avaliados a partir dessa visão que resulta insuficiente para resolver questões relativas à humanidade (FSP, 13-02/94, p.4-2).

E em se tratando da relação entre a legislação e os progressos da ciência, discutiu-se a ausência, no debate local, da opinião pública e dos próprios pesquisadores. Chama a atenção a diferença ressaltada entre as características do debate jurídico no contexto local e internacional. Enquanto que no Brasil pesquisadores descobriram, por acaso, a tramitação de um projeto de lei sobre ética e segurança em experiências biológicas, que proibiria a manipulação experimental de embriões humanos e sua conservação *in vitro* (FSP, 23/01/94, p.6-8); na Inglaterra, uma equipe de especialistas em filosofia, ética, reprodução assistida, entre outros, foi convocada para formular recomendações para regulamentar as pesquisas e manipulação de material genérico.[22]

Em 1995, as referências às questões jurídicas voltaram ao assunto do direito não acompanhar o ritmo das transformações introduzidas pela ciência. Ceneviva lança previsões para o futuro, observando que, apesar das diversas mudanças no plano da reprodução e das relações entre homens e mulheres, a noção de família, embora modificada, permaneceria. Menciona ainda um elemento que perpassa suas reflexões posteriores: as implicações da reprodução sem sexo. Para o autor, no futuro, os filhos nascerão por técnicas de laboratório. Dessa maneira, o casamento não terá por finalidade essencial a reprodução e o sexo terá como único objetivo o prazer dos cônjuges (FSP, 12/03/95, p.4-2).

A constante referência desse articulista à defasagem entre ciência e direito, no Brasil, é contestada por um leitor, pós-doutor em direito de família, que se propõe observar os mecanismos jurídicos existentes no país que responderiam ao avanço científico. O leitor concorda com tal

[22] O Comitê Warnock foi a primeira comissão governamental, estabelecida em 1994 por determinação do Parlamento Britânico, para formular recomendações sobre o uso das NTRc, consignadas num documento chamado Relatório Warnock, o qual teve grande impacto em todo mundo e é tomado freqüentemente como referência. O relatório Warnock e os debates acerca da Lei de Fertilização Humana e Embriologia têm sido material de várias análises antropológicas. Cf. Strathern, (1992), Franklin (1999; 1997), Salem (1997).

descompasso, mas considera que o estágio das pesquisas no país e a "maturidade" ética atual serão suficientes para indicar saídas justas orientadas, principalmente, pela defesa dos direitos das crianças. Para tal efeito indica saídas jurídicas nas seguintes situações:

No caso da mulher que empresta o útero para a gestação, a maternidade é definida, juridicamente, em favor da mulher que dá à luz e não da mãe genética. O uso de sêmen doado, chamada de inseminação heteróloga[23], não exoneraria de responsabilidade o marido da mulher inseminada sempre que este dê seu consentimento. Caso a mulher não tenha o consentimento do marido, ele poderia solicitar a dissolução da sociedade conjugal, mediante separação judicial litigiosa. Dessa maneira, se tipificaria uma forma de *adultério tecnológico.*

O caso da inseminação *post mortem* seria claramente proibida na doutrina atual, por inexistir a descendência pós-morte e porque, eticamente, não é admissível a "geração voluntária de uma criança órfã de pai. O nascimento de uma criança corresponde sempre a um projeto parental, do casal, e não pode, nem deve, atender os interesses egoísticos de um indivíduo" (FSP, 11/05//96, p. 3-2). Na interpretação do leitor, prima o direito da criança de ter mãe e pai, sobre a vontade da viúva.

No entanto, se o leitor aponta a clareza jurídica para definir os limites dessas tecnologias, no mesmo ano (1996) foi publicada uma matéria que indica que alguns especialistas se orientariam por uma ética própria à margem das considerações do CFM. Um desses assuntos é ilustrado com a restrição desses procedimentos para casais que vivem em união heterossexual estável e apresentam problemas de fertilidade. O sócio de um médico brasileiro radicado nos EUA manifesta não se sentir no direito de negar o tratamento para mulheres que desejam ter uma produção independente. Outro reconhecido médico diz ter seu próprio conselho de ética –formado por um psiquiatra, um geneticista e um especialista em reprodução– para decidir quando fazer uma produção independente. O diretor do maior centro de RA diz aprovar a produção independente quando há razões éticas e emocionais muito fortes que a justifiquem. Não obstante, não realiza fertilização em casais de lésbicas por razões religiosas: "é católico praticante e costuma comungar" (FSP, 11/08/96, p.3-2).

Na matéria também é consultado um ex-presidente dos Conselhos Federal e Estadual de Medicina, que manifesta que a norma do CFM, de restringir os tratamentos de RA a mulheres em uniões heterossexuais estáveis, não tem mais sentido. Não obstante, essa norma não estabelece impedimentos de acesso à RA para mulheres solteiras. A Resolução CFM No.1.358/92 estabelece que toda mulher capaz, nos termos da lei e dentro dos limites da Resolução, pode ser receptora das

[23] A inseminação heteróloga é definida pelo uso de sêmen de um doador, em contraposição à inseminação homóloga que usa o sêmen do marido da mulher.

técnicas. No caso de estar casada ou em união livre é necessária a aprovação do parceiro. A questão é corroborada posteriormente na Consulta No. 23.436/96 do CREMESP, na qual se argumenta a ausência de impedimentos para realizar esse tipo de intervenção em mulheres "solteiras", alegando o respeito ao "princípio de autonomia, em função da qual não há porque a sociedade restringir o que não lhe será prejudicial."

O escândalo produzido nesse mesmo ano, pela denúncia de 134 casais norte-americanos de troca de óvulos nos tratamentos de RA, provocou reações locais. Os casais denunciaram um médico, suspeito de ter trocado os gametas para obter maior sucesso nos tratamentos (FSP, 11/08/96, p. 3-3)[24]. Um dos médicos envolvidos no escândalo esteve no Brasil, nos anos 80, para treinar a equipe que conseguiria o primeiro bebê de proveta brasileiro e o outro integra atualmente a equipe da maior clínica de RA do país.

A reação local a este escândalo ficou a cargo da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) que propôs criar um selo de qualidade para distinguir as melhores clínicas, entre as 60 que estariam funcionando nesse momento no país. Para tal efeito seria realizada uma vistoria por um especialista estrangeiro vinculado à Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (RED), que faria avaliação técnica das clínicas[25]. Contudo, a SBRH não manifestou pretensões de processar nenhum centro, até porque mesmo as clínicas associadas poderiam se recusar à vistoria. O objetivo desta, estaria mais ligado a auxiliar tecnicamente os centros, uma vez que "as questões éticas e morais são, acima de tudo, decisões pessoais", afirmou o presidente da SBRH. O artigo contrasta a perspectiva e posição da SBRH com as considerações éticas da Sociedade Americana de Fertilidade, consignadas num documento de 125 páginas (FSP, 11/08/96, p.3-3).

Uma extensa reflexão sobre bioética discute os limites da manipulação. Os autores, o italiano Giovanni Berlinguer e o brasileiro Volnei Garrafa, publicaram, naquela época, o livro "O mercado humano. Estudo bioético", e comentam a dificuldade de estabelecer regras fixas que determinem até onde o ser humano pode ou deve chegar. No seu lugar, deveriam se discutir princípios mais amplos que proporcionem contribuições conceituais e práticas em relação ao bem-estar da espécie humana (FSP, 01/12/96, Mais!, p.5-6).

---

[24] Um dos especialistas entrevistados comentou acerca de suas suspeitas desta prática acontecer no país. Senão, afirma ele, como se explicaria que todos os tratamentos das figuras públicas dêem certo? Após ter os bebês, ninguém realiza exames de DNA para verificar se a origem dos gametas corresponde aos pais, quando não se recorre à doação de gametas.

[25] A certificação expedida pela RED adquiriu posteriormente alguma relevância, uma vez que é exibida em muitas das páginas eletrônicas das clínicas que prestam serviços de RA, como selo de garantia da qualidade e seriedade dos serviços.

Nessa mesma lógica, pode se interpretar a criação, em 1996, do Conselho de Fertilização Humana e Embriologia, no Reino Unido. O Conselho teria como função definir o real alcance da lei de Fertilização Humana e Embriologia, criada em 1990. (FSP, 24/08/96, p.3-2).

Nesse ano, surge, na Inglaterra, a polêmica sobre a destruição dos embriões congelados por mais de 5 anos. Luna (1999) verificou repercussões no Brasil da polêmica inglesa, em matérias publicadas no *Jornal do Brasil* e no jornal *O Globo*, nas quais foram discutidas o estatuto de pessoa dos embriões e a possibilidade de manipulá-los ou destruí-los. Na *Folha de S. Paulo* não se verificou nenhum artigo, pelo menos classificado entre as notícias de RA, que fizesse alusão a esse assunto.

Em 1997, o fato de uma mulher de 63 anos ter dado à luz, nos Estados Unidos, provocou reações locais quanto às restrições de acesso à RA que poderiam se tornar discriminatórias. A notícia traz o debate acerca do que é menos pior: "idosas" que desejam e planejam uma gravidez conscientemente ou adolescentes que ficam grávidas sem intenção e não tem condições de criar os filhos. Um professor de ética, norte-americano, afirmou que negar o uso dessas técnicas para mulheres mais velhas constitui em critério sexista, pois a mesma rejeição não é observada quando um homem de mais de 70 anos tem filhos. A mesma linha de pensamento foi manifestada num artigo de 1994 por um reconhecido ginecologista brasileiro (FSP, 25/04/97, p.1-16).

A redução fetal[26] começa a ser discutida na imprensa em termos de se reconhecer sua prática no Brasil, embora seja considerada como aborto e, portanto, proibida. Essa prática seria indicada por uma norma ética da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, nos casos em que há três ou mais fetos. A medida seria tomada para reduzir o risco de parto prematuro e seqüelas médicas entre os bebês. Como sempre acontece nessa discussão, é assinalado o paradoxo de ter que eliminar um ou vários embriões para preservar a qualidade e continuidade de pelo menos um.

Na reflexão do especialista consultado, se os médicos no Brasil não estivessem fazendo redução fetal, o número de nascimentos de trigêmeos e quadrigêmeos seria maior. Ainda que se sigam as recomendações do CFM e da SBRH de implantar até quatro embriões, é possível que todos eles se desenvolvam o que faria necessário, técnica e medicamente, recorrer a essa prática (FSP, 17/07/97, p.3-9; 28/12/97, p.3-3).

Ainda que seja explícita a mesma natureza da redução embrionária e do aborto, sua discussão parece não apresentar o mesmo impacto, por enquanto. O descarte de embriões, ainda que

[26] Ao serem transferidos vários embriões ao útero de uma mulher, vários deles ou todos podem vingar, dando lugar à gestação múltipla, considerada de risco para a mãe e para o desenvolvimento saudável dos embriões. Para diminuir os riscos, é realizada a redução fetal, que consiste na eliminação de um ou alguns embriões, com a finalidade de aumentar as chances de levar uma gravidez a termo. Tal prática é considerada uma forma de aborto, portanto, é proibida pela legislação brasileira.

também proibida no país, apresenta outros matizes. Parecer haver maior tolerância a essa prática, possivelmente associada ao fato de os embriões serem concebidos fora do corpo da mulher e ter como finalidade a sobrevivência ou nascimento de uma criança. Além do mais, um dos especialistas, que mantém uma posição contrária a essa prática, afirma que a redução não combina com o perfil da mulher que procura as clínicas de RA (FSP, 04/04/2000, p.1-14)[27].

O aumento do número de nascimentos gemelares no país é exemplificado com casos de reconhecidas figuras que se submeteram às técnicas de RA. Ainda que as mulheres não julguem negativamente a poligestação e a considerem um "lance de sorte", os médicos fazem referência aos riscos para os bebês e as mães. As chances de ter gêmeos numa gravidez resultante de tratamento de infertilidade são de 20% a 25%, enquanto que esse índice é de 1% nas fertilizações naturais. (FSP, 20/07/97, Revista da Folha, p. 14 a 16). Em matéria publicada posteriormente na Revista *Veja*, um especialista inglês afirma que 9 de cada 10 casais que se submetem às técnicas de RA tem gêmeos, trigêmeos ou quadrigêmeos, quando o que ser quer é que nasça só uma criança saudável. Contudo, alguns casais prefeririam ter vários, uma vez que "é melhor levar três pelo preço de um" (*Veja*, 09/05/01).

As gestações múltiplas estariam relacionadas ao tipo de procedimento realizado de acordo com a idade da mulher. Para aumentar a probabilidade de gravidez assistida em mulheres da mais de 40 anos se implanta um maior número de embriões. Esta prática traz problemas técnicos e éticos, que são contornados com a introdução e uso de outras técnicas para aprimorar a performance e evitar esbarrar em proibições tais como a de redução embrionária. É o caso do Diagnóstico Genético Pré-implantação (PGD), usado para selecionar os melhores embriões a serem transferidos ao útero. O problema de sua utilização está nos critérios que orientam a seleção, trazendo à tona o fantasma da eugenia.

Considera-se que a vantagem deste diagnóstico está na possibilidade de fazer testes antes da gravidez, o que evitaria às mulheres o dilema de fazer um aborto em caso de se detectar alguma doença hereditária que afetaria drasticamente a vida da futura criança. O que interessa dessa discussão é relevar o lugar atribuído ao corpo materno em tal distinção: "enquanto está apenas na proveta, o embrião não teria o mesmo peso emocional daquele que já estivesse na barriga da mãe" (FSP, 27/07/97, p.22), embora se reconheça que para a Igreja Católica o embrião é um protótipo de ser humano. Nessa lógica, o aborto seria transferido da barriga da mulher para a proveta.

A clonagem da ovelha Dolly, realizada em 1997, não foi alvo de reflexões ou referências entre as matérias classificadas pelos termos "reprodução assistida", situação que muda

[27] Diga-se de passagem que no Novo Código Civil brasileiro se introduziu o direito ao aborto nos casos de inseminação artificial não consentida. Cabe considerar se não seria esta uma forma de estupro tecnológico, equivalente ao aborto legal por estupro.

completamente no ano 2001, quando a temática da clonagem humana é recorrente. Costa, R. (1998) em análise específica do material jornalístico publicado pela *Folha de S.Paulo* a propósito desse evento, identificou repúdio à clonagem humana relacionado ao temor decorrente de brincar de Deus, das possíveis aplicações eugênicas e, em conseqüência, da alteração da seleção natural e da evolução. Também não se fizeram esperar reações no país acerca da ausência da participação do pai na clonagem que, para Costa, revelam a desestabilização de representações naturalizantes acerca da reprodução.

Walter Ceneviva reflete sobre o papel do homem na reprodução com o advento da RA. Ainda que considere a clonagem uma possibilidade remota, que dispensaria totalmente os homens ou seus gametas, observa que por via das NTRc a reprodução pode se dar sem contato sexual, abrindo espaço para produções independentes, sem a participação "natural do macho." Segundo o articulista, a situação traz um paradoxo aparente: por um lado, as leis reconhecem o direito da criança de ter um pai e de conhecer a identidade de seu genitor, independente da vontade da mãe, e de ter sido produto de uma gestação com doador anônimo de sêmen. Por outro, a lei não define o direito das mulheres à produção independente, direito que resultaria indiscutível perante a igualdade dos sexos garantida pela Constituição. A questão para o autor é que, em última instância, tudo continuaria como antes, isto é, o pai que poderia ser dispensável pela técnica não poderia sê-lo juridicamente (FSP, 10/05/97, p.3-2).

No ano 1988, o editorial da *Folha* traz novamente a questão da defasagem entre a lei e a ciência. No país continuava em discussão o novo Código Civil –em trâmite no Congresso desde 1976– que, apesar de contemplar transformações sociais, pecaria, segundo o editorial, por ignorar os problemas éticos e jurídicos advindos do uso de técnicas artificiais de reprodução. O novo código estaria correndo o risco de nascer obsoleto (FSP, 02/01/98, p.1-2; FSP, 11/01/98, p.1-2).

Neste ano se realizou, no país, o seminário Bioética e Biodireito no Limiar de Século 21, evento no qual se discutiu a necessidade de encontrar mecanismos que diminuíssem a distância entre direito e ciência. A tarefa de criar sistemas de controle não estaria somente ligada ao judiciário, sendo necessária a promoção de mudanças de mentalidade mediante a intervenção de equipes multidisciplinares. O ponto básico foi a discussão de uma ética livre, sem regras, que, porém, no plano prático requereria normatividade. A lei 8.974 da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), ainda que penalize seus infratores, não impediria que a norma fosse desobedecida. O direito não teria respostas específicas, por exemplo, sobre da personalidade jurídica de um clone humano (FSP, 18/04/98, p.3-2).

Posteriormente, a necessidade de modernização do direito brasileiro continuou na pauta da imprensa. Desta vez, tratou-se dos direitos dos filhos "dos bancos de sêmen". Aos filhos nascidos

por inseminação com sêmen de doador é reconhecido o direito de investigar que é o pai, um direito de personalidade considerado inalienável. Ainda que o doador não tenha a intenção de exercer a paternidade, a lei o faria cumprir com suas obrigações se o filho assim o reivindicasse. Apesar das normas da CFM estabelecerem o sigilo da identidade do doador, este não pode prevalecer em caso de litígio. O direito de parentesco é maior que o de sigilo e, perante a lei, "pai é o que deu 23 cromossomos ao filho." (FSP, 08/08/98, p.3-2).

Ceneviva traz para a discussão o litígio, nos EUA, acerca do direito paterno sobre embriões congelados. A especificidade do caso comentado pelo autor resulta de interesse pelos argumentos que justificam sua opinião jurídica. A situação que levou o caso aos tribunais foi o desejo de uma mulher de transferir para seu útero os embriões congelados, obtidos com o sêmen de seu ex-marido, com quem teria procurado tratamento de RA, quando ainda estavam casados. Ceneviva considera que o marido tem o direito de não autorizar a transferência dos embriões fecundados com seus espermatozóides, para o útero de sua ex-esposa. O embrião seria propriedade do casal, o que colocaria homens e mulheres em igualdade de direitos. Se a transferência do embrião resultasse no nascimento de uma criança, ao predominar a tese da paternidade biológica, ele seria intimado a assumir obrigações com a criança. Dessa maneira, "criar-se-á o absurdo de obrigá-lo a fortes despensas e assegurar a parte de sua herança por força de uma filiação contrária à essência mesma da natureza humana." (FSP, 11/04/98, p.3-2).

A igualdade de direitos apontada por Ceneviva apresenta um sentido similar ao indicado por Novaes e Salem (1995), ao afirmarem o aplanamento das diferenças entre homens, mulheres e sua prole na situação de *gravidez extra-corporal.* Homens e mulheres estariam, pelo menos até esse momento, em igualdade de condições: os dois não são mais do que doadores de gametas.

Esses argumentos contrastam com a discussão acerca do direito dos homens a decidir pelo futuro de uma gravidez, quando esta ocorre mediante relação sexual. O fato de a gravidez acontecer e de se desenvolver no corpo da mulher, faz com que –pelo menos em alguns casos– não seja considerado o desejo de reprodução do homem, assim como os direitos que ele teria sobre seu material genético, constitutivo do embrião (Ramírez, 1999, 2000). As NTRc teriam "reparado" parte desta assimetria, uma vez que a doação de óvulos e de sêmen, ainda que requeiram procedimentos diferentes, são consideradas como análogos (Strathern, 1991). O corpo da mulher, portador da gravidez, apresenta-se novamente como um ponto substancial que marca a diferença entre a reprodução por via sexuada e a realizada no laboratório.

O jornal divulgou o parecer do CFM acerca da consulta realizada pelo Hospital Albert Einstein sobre o destino dos embriões congelados. O contrato entre o hospital e os casais previa a destruição dos mesmos no caso dos casais não desejarem mantê-los congelados, no entanto, o

parecer negou qualquer possibilidade de destruição. O CFM estabeleceu, em 1992, a proibição do descongelamento e, ainda que em 1996 tenha sido discutida a necessidade de revisar e atualizar as normas vigentes, até agora não se fez nenhuma mudança (FSP, 08/08/98, 3-2). Todavia, alguns serviços de RA têm mecanismos para contornar essa situação. Para estar em conformidade com as normas do CFM, transferem os embriões excedentes ou os congelados, após um tempo limite, para a vagina ou para o útero, num momento em que de fato a gravidez não acontecerá.

O impasse acerca do que fazer com os embriões excedentes preocupa os especialistas em RA. No ano 2000, durante o IV Congresso Internacional da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), os médicos discutiram com preocupação o Projeto de lei 90/1999 do senador Lúcio Alcântara[28], que tipifica como crime o congelamento de embriões, prática que passaria a ser condenada com prisão de 6 a 20 anos. O projeto se apresenta com maior rigor e restrições que as normas do CFM. A proibição do congelamento e descarte de embriões coloca às clínicas grandes restrições nas suas práticas. Segundo o presidente da SBRA, "limita demais a atividade", porque reduz o número de embriões transferidos para o útero produzindo uma queda na taxa de sucesso[29] (FSP, 20/08/2000, p.C5). É de anotar que as taxas de sucesso constituem uma carta de apresentação das clínicas que oferecem serviços de RA. Cada clínica tem suas próprias estatísticas que podem variar conforme as técnicas e equipamentos usados, número de embriões transferidos e condições de laboratório, entre outros.

Nas reportagens publicadas no ano 2000 continua-se identificando duas tendências: uma demanda de juristas e bioeticistas acerca da formulação de leis que regulamentem a RA no país; e a outra, liderada por médicos, que observa com preocupação os projetos de lei que, no seu entender, restringiriam demais esse tipo de procedimento e deixariam o país à margem do "progresso tecnológico". Essa preocupação motiva a realização de debates e mesas de discussão nos eventos médicos, assim como um trabalho de lobby por parte das agremiações de RA.

Também no mesmo ano, Ceneviva traz à tona o debate surgido após a autorização da clonagem terapêutica, na Inglaterra, colocando essa possibilidade à luz da Constituição brasileira. O autor discute se é legal e eticamente possível manter embriões congelados e utilizá-los posteriormente para fins reprodutivos, experimentais ou terapêuticos. Pondera que nem na Constituição, nem na lei ordinária há referências expressas à natureza do embrião e às possibilidades de sua conservação e/ou destruição. Na sua perspectiva, "a condição humana decorre do ventre da mulher". Fora do mesmo o embrião seria só uma peça de laboratório passível de ser

[28] Ver anexo 1.

[29] No editorial do Registro de 2000, da RED, comenta-se a preocupação pela transferência de quatro ou mais embriões. O objetivo da RED, nesse ponto, é convencer os diferentes centros de que a transferência de embriões não incrementa as taxas de gravidez e sim as de multigestação. Menciona, ainda, que a tendência na Europa é transferir um ou máximo dois embriões.

destruída, sem que tal ato seja considerado crime. Identifica que clonagem e RA trariam mudanças para as relações: "a relação sexual deixará de servir para a reprodução e se destinará apenas ao que os juristas chamariam de 'entretenimento dos parceiros" (FSP, 21/09/00, p.6).

O articulista agrega que mudanças também devem ser feitas no conceito de paternidade e maternidade biológica. No direito romano, e seus derivados códigos modernos, o pai era considerado o marido da mãe. O direito sofreria mudanças radicais no sentido de que os conceitos de maternidade e paternidade, embasados no vínculo sexo-amoroso entre os pais, estariam próximos do fim, uma vez que "pai ou mãe é aquele que participou da criação do novo ser, fornecendo óvulo e sêmen ou aceitando de terceiros ou quem o acolheu em seu carinho" (FSP, 05/08/00; p.C2).

Parece um pouco exagerado atribuir à relação sexual unicamente o objetivo reprodutivo no mundo contemporâneo, se se considera que há várias décadas a introdução de métodos contraceptivos permitiu desvincular o sexo da reprodução, dando lugar à dimensão prazerosa. Por outro lado, considerar que o ato sexual desaparecerá como "técnica reprodutiva" também pode ser visto como um excesso. Acreditamos que, nesse caso, não pode se perder de vista o contexto. Se, por um lado, pode não haver muitas diferenças entre os grandes centros de RA do país e dos países ricos enquanto a estratégias de mercado, políticas de atendimento, clientela, etc. (como discutiremos mais adiante); por outro, há problemas de população, estrutura de serviços públicos, etc., que são diferentes para cada contexto envolvido. Na França, o estado subsidia até três tentativas de FIV, no Brasil, esses programas não são considerados prioritários pelo Ministério de Saúde, que enfrenta outros problemas –crescimento da gravidez na adolescência, falta de informação e acesso a métodos contraceptivos entre alguns grupos sociais ou regiões do país, prática do aborto clandestino, entre outros.

A possibilidade da clonagem humana aumentou dramaticamente o número de matérias sobre RA em 2001. Enquanto que a Inglaterra liberou a clonagem terapêutica, com indicações precisas para evitar a clonagem reprodutiva (as células tronco não podem ser obtidas de embriões de mais de 14 dias[30] e o tempo de pesquisa com as mesmas não poderá ultrapassar os noves meses), os diversos artigos publicados sobre essa questão na *Folha* referem a necessidade de iniciar esse debate no país:

> *Considero pois fundamental que o Brasil acorde para esse debate, cuja complexidade e cujo alcance merecem e exigem que sejam estabelecidas, quanto antes, as regras e os*

[30] Há varias discussões acerca do que acontece com o embrião no dia 14 para demarcar, nesse momento, o limite de permissão para pesquisa: alguns autores afirmam que é o momento do surgimento de chamada "linha primitiva"; outros consideram que até esse estágio pode ocorrer uma duplicação do embrião que daria origem a dois ou mais indivíduos idênticos. Para outros, como o Comitê Warnock, a partir desse momento o embrião precisaria ser implantado num útero humano para seu desenvolvimento. Cf. análise sobre essa discussão em Salem (1997).

> *mecanismos legais de fiscalização e de controle que coíbam os abusos por parte das empresas farmacêuticas e dos laboratórios médico-científicos e garantam parâmetros éticos, morais e científicos que resguardem a dignidade humana e seu patrimônio genético.* (Tião Viana, FSP, Painel do Leitor, 03/07/01).

Para Ceneviva, o transplante de órgãos e o uso de próteses de diferentes partes do corpo seriam etapas intermediárias do progresso científico, que teria na clonagem seu passo final. A reprodução humana dispensando o contato sexual teria se convertido numa bola-de-neve. Atrás das tecnologias reprodutivas vieram outras formas de reprodução, como a clonagem, que subverteriam velhos conceitos sobre maternidade e paternidade, sendo a paternidade biológica "vítima" das mudanças jurídicas e científicas (FSP, 03/03/01, p.C2).

Nove meses após o artigo anterior, no qual o autor se diz incapaz de proporcionar respostas às questões que ele mesmo coloca, assim como de prever juridicamente as definições que se fariam necessárias frente ao que tecnologicamente seria possível, Ceneviva ousa algumas definições com relação à condição jurídica de um clone. Amplia sua definição de Humano, condição que já não seria só derivada do fato de nascer de uma mulher, mas também de ser o produto da ligação de ambos os sexos, ainda que não necessariamente mediante coito. Essa ampliação na definição da condição humana torna-se necessária, uma vez que o autor está à procura de ancestrais e descendentes para considerar o *status* dos clones em relação ao direito de família. Estes, ao serem uma reprodução integral e não o produto da ligação dos dois sexos, não teriam ancestrais, pois não teriam pai nem mãe, embora nasçam do útero de uma mulher e possam ter descendentes.

O autor se preocupa também pelos direitos dos clones: eles teriam uma existência legal individual, como sujeitos de direitos e obrigações? Cogita que sim (eles teriam batimento cardíaco, funcionamento de órgão e estado psíquico), mas na procura da individualidade/personalidade (características bio-psicológicas, tipologia sangüínea, tipo físico, etc.) seria necessário criar novos critérios jurídicos para distinguir clonados e clones ou originais e cópias (FSP, 01/12/01, p. C2).

As discussões do articulista trazem à tona aspectos de interesse para esta pesquisa que são abordados na última parte deste trabalho. A individualidade/personalidade como critério para estabelecer direitos e obrigações, assim como a inserção social a partir de uma ascendência, originada na relação entre homem e mulher e as probabilidades de se ter descendência, são definições que se debatem entre o plano biológico e social. Ora prima um, ora o outro.

A clonagem reprodutiva, colocada como o último escalão do avanço científico em reprodução humana, parece superar e deixar num nível mais simplificado as discussões sobre as outras técnicas reprodutivas que, necessariamente, requereriam os gametas dos dois sexos. Observamos que a discussão em torno da redefinição de paternidade, e especialmente de maternidade de cara à fragmentação do processo reprodutivo, parece ser pequena quando a

humanidade se defronta com a clonagem. Sua natureza seria diferente, ou pelo menos assim aparece no debate, uma vez que dispensaria não só o ato sexual, como acontece nas outras técnicas, mas a presença dos gametas dos dois sexos. Em última instância, quando se estaria subvertendo uma ordem biológica/natural da origem sexuada da humanidade.

A ausência dos homens na reprodução foi mencionada no editorial da FSP (17/07/01) a propósito da pesquisa australiana que conseguiu fertilizar óvulos de camundongo com células somáticas (não-reprodutivas). Mediante processos químicos, os pesquisadores permitiram que a célula somática ficasse com a metade do número de cromossomos (característica das células sexuais). Desse modo, o óvulo poderia ser fecundado por essa célula, como se fosse um espermatozóide[31].

O assunto do editorial frisou que, ainda que essa técnica estivesse sendo desenvolvida entre camundongos, a meta seria sua aplicação entre humanos, o que traria discussões de ordem ética. No entanto, segundo o editorial, essa técnica seria mais "ética" que a clonagem por não replicar todo o material genético, mas a metade do mesmo. Desse modo, alguém pode gerar não um filho, mas uma espécie de irmão gêmeo.

Mais polêmico ainda seria o uso dessa técnica por casais de lésbicas que poderiam gerar filhas com material genético de ambas, alterando dessa maneira os "rumos da evolução". Ao tentar encaixar na terminologia de parentesco a possibilidade de uma mulher fecundar seu próprio óvulo com uma célula somática, o editorial utiliza uma lógica de parentesco que opera em função da relação genética entre ascendestes e descendentes.

Mesmo que esse tipo de técnica seja "menos do que uma promessa", a matéria adverte que os rumos e a essência da humanidade podem estar colocados em jogo. Deduzimos que a chamada "essência da humanidade", pelo menos nesse contexto da discussão, parece se originar na junção sexuada dos gametas, ainda que sem o encontro sexual de homens e mulheres (FSP, 15/07/01, p.A2).

Aspectos sociais e psicológicos

O caderno Mais! dedicou uma das suas edições (FSP, 25/07/99) à questão da RA, relevando a lógica de consumo que perpassa alguns desses serviços, especialmente nos Estados Unidos[32]. Para

[31] Um procedimento similar, de criação de óvulo no laboratório, está sendo desenvolvido no Brasil, na clínica do Dr Abdelmassih: uma célula somática de uma paciente é injetada no óvulo enucleado de uma doadora. No óvulo, com as características genéticas da paciente que cedeu a célula somática, posteriormente é injetado um espermatozóide.

[32] No mesmo ano, e após o anúncio de venda de óvulos de modelos pela Internet, as revistas *Veja* e *Istoé* publicaram matérias similares, indicando os interesses econômicos que estariam por trás do mercado da reprodução humana (*Veja,* 03/05/99; *Istoé*/ 13/10/99).

a autora da reportagem, a maternidade, aos poucos, estaria perdendo seu caráter de naturalidade, associado aos eventos desencadeados pela relação sexual: concepção, gestação e parto. A reprodução *in vivo* cede lugar, então, para a reprodução *in vitro*:

> *Nos Estados Unidos, as novas técnicas de reprodução laboratorialmente assistida não só têm desafiado os modelos tradicionais de maternidade, paternidade, consangüinidade e vida em família, como também servem de base para a criação de uma verdadeira rede de comercialização da gravidez. A geração de bebês nos EUA já entrou na lógica de consumo. Uma criança já pode ser escolhida e 'comprada' em catálogos do tipo 'escolha o seu bebê', divulgados on-line via Internet por clínicas de fertilização e 'surrogacy' (aluguel de barriga)* (FSP. 25/07/99, p.5-7).

O diretor de uma das clínicas norte-americanas, que oferece estes serviços na Internet, afirma que não fazem nenhuma discriminação em função de raça, estado civil ou orientação sexual. Dos 140 bebês nascidos por empréstimo de útero, 35 corresponderiam a bebês de casais homossexuais. Reporta-se também a existência de outra clínica em Beverly Hills, Califórnia, dirigida por uma lésbica, mãe de uma menina nascida por inseminação artificial. Segundo a diretora, a geração de uma criança através desse sistema não altera o conceito de família, sustentado na base do amor, dedicação, alegria e apoio. Rejeita, porém, a possibilidade de chegar a usar um "útero artificial" –caso for inventado– na sua clínica, pois nessa situação inexistiriam os elementos chaves para a criação de uma família. A barriga de aluguel não seria uma via usada correntemente pelos casais de lésbicas, pois elas buscam criar uma gravidez partilhada, na qual o óvulo fecundado de uma delas é implantado no útero da parceira. Essa possibilidade, segundo reportagem mencionada anteriormente, é descartada por um dos principais especialistas brasileiros por ir contra seus princípios religiosos[33].

A lógica de consumo que perpassa as negociações em clínicas norte-americanas não estaria tão distante do que acontece no Brasil. Em matéria posterior, a FSP (26/09/99, p.3-8) aponta a criação de um novo mercado no país, sem regras definidas: seleção de doadoras e compra de óvulos por catálogo, com mediação de uma agência nos Estados Unidos. O procedimento de extração dos óvulos de doadoras norte-americanas seria feito no Brasil, ainda que a matéria não informe o local, e tampouco quem faria a mediação contratual. É citado o caso de uma mulher brasileira submetida, sem êxito, a sete ciclos de FIV num período de seis anos e que teria optado pela doação de óvulos de uma mulher norte-americana para serem fecundados com o sêmen do seu marido.

Nos Estados Unidos, as vendas são realizadas por catálogo, através da internet, onde aparecem especificadas as características das *doadoras* que determinam a linhagem e o preço dos óvulos. Como já foi dito, a doação de óvulos opera de outra forma no Brasil (*troca* de óvulos por

[33] No programa Roda-viva, que será comentado na parte IV, esse especialista argumentou que não aceita fazer esse tipo de procedimentos por ir contra a natureza.

tratamento), uma vez que, à diferença de Estados Unidos, essa prática está sujeita a várias restrições impostas pelas regulamentações do CFM. A proibição de comercialização de óvulos e sêmen, os riscos médicos, cirúrgicos e os desconfortos decorrentes da hiper-estimulação ovariana, necessária para a doação de óvulos, desestimulariam tal prática no país. A doação de óvulos é um procedimento complicado e arriscado, como indica a matéria:

> *Durante três semanas, a doadora precisa tomar hormônios, em geral por meio de injeções na barriga, que 'fecham' seus ovários, impedindo que qualquer óvulo amadureça naquele mês. Ela sente sintomas típicos da menopausa: calores, inchaço e uma certa letargia. É o momento então de trocar de remédios e começar a injetar toda a manhã –agora nos quadris– drogas que hiper-estimulam os ovários, deixando-os quase do tamanho de uma laranja. Oito dias depois, a doadora recebe uma rodada final de hormônios e, após 36 horas, precisa ir para a clínica, onde será sedada (anestesia geral). Com um ultra-som, introduzido pela vagina, o médico suga então os óvulos, cerca de 15, para fecundá-los no laboratório.* (FSP, 26/09/99; p.9-15; Revista da Folha).

As exigências quanto às características da doadora de óvulos são cada vez maiores, na medida que as técnicas permitem fazer uma seleção mais aprimorada dos gametas a serem usados ou comprados. O componente da escolha, próprio da lógica de consumo[34], leva também a maiores exigências nas características selecionadas para a fabricação dos bebês. O depoimento de uma brasileira, que importou óvulos de uma doadora norte-americana mediante a seleção por catálogo, é bastante ilustrativo:

> *A sensação que dá é de estar brincando de Deus. É tudo muito estranho: se eu tivesse um filho e ele nascesse verde, tudo bem. Mas, se não é um processo natural, qualquer coisa que nasça será responsabilidade minha. É uma receita de bolo e estou escolhendo os ingredientes.* (FSP, 26/09/99; p.9-15; Revista da Folha).

A oportunidade de escolher o material genético, mediante pagamento de altas cifras, pode levar à seleção rigorosa de cada uma das características que contribuam à fabricação de um bebê perfeito ou pelo menos que possua aquelas que são socialmente valorizadas. A mimetização também é um fator importante na escolha das características das/dos doadoras/es, orientada à simulação de um vínculo *natural* entre pais e filhos. Dado que essa naturalidade não é possível, a intolerância com *imperfeitos* de fábrica pareceria tornar-se maior, assim como o alto custo da escolha parece constituir um motivo para justificar as altas exigências. Em outras palavras, e apelando à linguagem comercial, o cliente só leva o produto se ele está em bom estado e satisfaz suas necessidades ou desejos.

Os aspectos psicológicos da RA, tanto das mulheres e casais que se submetem a esses procedimentos, como das crianças nascidas por essas técnicas, são poucos abordados na imprensa. Encontramos, excepcionalmente, uma reflexão de Contardo Calligaris (FSP, 13/02/94, p.4-2) acerca

[34] Algumas reflexões sobre essa dimensão do mercado reprodutivo humano são desenvolvidas na parte III.

do lugar outorgado às crianças no mundo contemporâneo. Ainda que a RA não fosse o foco de reflexão do artigo, o autor observa que a engenharia genética permitiria a construção de "clones felizes, construídos à imagem e semelhança dos nossos sonhos", crianças que seriam amadas porque nelas se projeta a felicidade dos pais.

Aspectos psicológicos da RA, propriamente, são mencionados somente em 2001, a propósito dos debates surgidos no V Congresso Brasileiro de RA e no encontro anual da Sociedade Européia da Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE). No Congresso brasileiro foi divulgada uma pesquisa realizada pelo médico especialista em RA, Dr José G. Franco Júnior, sobre a síndrome de estresse por RA que fora o tema da conferência principal, destacado pela jornalista que deu cobertura ao evento. Segundo a matéria, do total das clínicas credenciadas pela SBRA, só 10% teriam programas de apoio psicológico (FSP, 26/08/01; p.C4).

Entre os fatores geradores de estresse está o alto custo dos procedimentos de RA, o que, segundo a reportagem, não aconteceria em alguns países da Europa, onde o governo subsidia até três tentativas de FIV. Interessa sublinhar a afirmação do médico acerca da interferência do estresse no ciclo reprodutor da mulher, que poderia ocasionar alterações hormonais e, em muitos casos, a interrupção da produção de óvulos. A jornalista conclui a matéria afirmando que "... a pesquisa revela que a mulher brasileira é muito preocupada com a impossibilidade de ser mãe." (FSP, 26/08/01, p.C4). Na reportagem se divulgou também um dos pontos altamente polêmicos durante o V Congresso Brasileiro de RA, que concerne às questões éticas envolvidas em técnicas como a transferência de citoplasma e a banalização da RA (FSP, 27/08/01, p.C7).

Os aspectos psicológicos dos filhos gerados mediante técnicas de RA são abordados a partir de um estudo divulgado durante o encontro da Sociedade Européia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE), principalmente a relação entre pais e filhos nascidos por RA: "Elas (as crianças) são menos criticadas e rejeitadas e têm melhor relacionamento com os pais do que crianças adotadas ou concebidas naturalmente. Suas famílias são equilibradas, com casamentos duradouros e exigem o nível apropriado de disciplina dos filhos" (FSP, 07/07/01, p.C4).

Pesquisadores europeus suspeitavam que os pais criassem expectativas irreais e exagerassem na proteção dessas crianças, o que, segundo esse estudo, não teria sido corroborado. No entanto, somente 10% das famílias que usaram doação de gametas revelaram às crianças sua origem. As preocupações psicológicas, referidas na matéria, estão mais associadas às implicações dos nascimentos de múltiplos. Segundo uma pesquisa francesa, apresentada durante a reunião da ESHRE, haveria um alto índice de problemas emocionais e sociais entre as mães que têm numa única gravidez vários bebês.

A infertilidade associada a fatores masculinos também ganhou certa presença em 2001. Na opinião do Dr Jorge Hallak, especialista em urologia, a representação errônea da infertilidade como problema das mulheres teria deixado os homens desatentos. O médico cita dados de infertilidade para Estados Unidos (20%) e menciona que no Brasil não há dados que possam ser comparados. Essa afirmação chama a atenção, uma vez que em artigos anteriores é citado comparativamente o dado do Brasil, no qual entre 15% e 20% dos casais teriam problemas de infertilidade, dados estes não respaldados em pesquisa. Na reportagem se afirma que: "As técnicas de reprodução assistida avançam a cada dia, 'driblando' os problemas de quem não consegue ter filhos, mas um simples exame dos testículos nos primeiros anos de infância pode evitar as dificuldades e os altos custos desses tratamentos no futuro" (FSP, 17/07/01, p.C7).

Esta é uma questão de interesse, uma vez que durante o V Congresso Brasileiro de RA se observaram tendências distintas entre urologistas e ginecologistas quanto ao manejo da infertilidade. Assim, o urologista entrevistado pela *Folha* e participante do referido congresso comenta que "antes do homem buscar as caras técnicas de reprodução assistida, deve verificar se sua infertilidade não é causada por uma doença simples, que pode ser tratada com cirurgia ou remédios."

Este mesmo especialista, consultado em reportagens publicadas em 2002 e 2003, persiste na sua crítica sobre a banalização da tecnologia reprodutiva e nos efeitos que isto poderia trazer para as futuras gerações. Uma das possíveis conseqüências do uso indiscriminado dessa tecnologia, afirma, seria a criação de uma geração de inférteis. (*O Estado de S.Paulo,* 15/07/2001; *Veja,* 22/05/2002; FSP, 20/02/03; Folha Equilíbrio).

Pode-se afirmar que essas matérias, publicadas mais recentemente, estão entre as poucas que assinalam os riscos decorrentes do uso da RA, mesmo que minimizados ou desqualificados por outros prestigiosos especialistas consultados nas reportagens. As poucas referências encontradas nas matérias acerca dos riscos dizem, ainda menos, dos riscos para a saúde das mulheres submetidas a esses procedimentos.

Considerações acerca da Reprodução Assistida na mídia

A mídia possibilitou traçar um panorama para acompanhar o crescimento e consolidação desse campo no país. É importante sublinhar sua presença no surgimento da RA no Brasil, no seu papel de patrocinador de eventos científicos, em troca dos direitos de divulgação[35]. A imprensa

[35] Dinâmica que também é observada em outros lugares. Segundo Pfeffer (1993), um diário britânico pagou uma considerável suma de dinheiro pelos direitos para publicar a história da família da primeira "bebê de proveta" e teria oferecido pagar ao Dr. Edwards e Steptoe (artífices da primeira bebe de proveta) pelos direitos para divulgar, em forma exclusiva, os detalhes sobre a informação médica e científica da experiência; oferecimento que eles teriam rejeitado.

também constitui um importante meio de divulgação, traçando uma espécie de ponte entre o mundo da ciência e o público leigo. No caso da RA, esses novos modos de reprodução são colocados quotidianamente como se estivessem ao alcance dos leitores. As reportagens analisadas publicam as várias tentativas dos centros privados para *popularizar* a tecnologia reprodutiva, assim como também divulgam os serviços gratuitos. A reiteração de quadros explicativos sobre as diferentes técnicas e a identificação das clínicas nas que estas estão disponíveis –com seus respectivos, endereços postais e eletrônicos, número telefônico–, constituem uma forma de divulgar e fazer *marketing* dos centros e de alguns especialistas que mantêm presença constante no panorama nacional.

Como indica Barbosa (1999), o aumento pela procura da RA se encontra bastante influenciado pelas notícias veiculadas, especialmente acerca de figuras publicamente conhecidas que se submeteram ao uso de tais técnicas. Algumas das pacientes entrevistadas por esta autora acompanhavam as notícias relacionadas com a RA, mais precisamente, os casos de figuras públicas como Pelé e o casal de apresentadores de um telejornal, que se submeteram a estes procedimentos.

A tendência na imprensa é divulgar os casos bem-sucedidos, criando a ilusão de que as NTRc são facilmente accessíveis e altamente eficazes para superar a infertilidade. Nesse sentido, a mídia contribui à produção de expectativas que não correspondem à realidade, como indicaram alguns dos especialistas entrevistados, porém, promove a familiarização e a procura de tais serviços. Também observamos pouca divulgação acerca dos riscos dessas tecnologias na saúde tanto das mulheres que se submetem a ela, quanto das crianças nascidas por estes métodos. Este lado, pouco abordado na imprensa, remete também a outra ausência: a de perspectivas não médicas, da comunidade em geral e de outros profissionais que fazem um debate crítico sobre o crescimento acelerado desse campo e de seu impacto no plano social, político, moral, tanto no nível individual quanto coletivo.

Na imprensa escrita, faz-se manifesto certo receio com relação ao futuro. Alguns autores expressam temor pelas conseqüências que traria o fato de o homem usurpar o lugar de Deus na criação da vida. Para outros, o temor se manifesta nas conseqüências de mudanças no curso da evolução humana: "o homem, poderá, talvez, estar fechando as portas de sua própria evolução". São freqüentes as referências ao *Admirável mundo novo,* de Aldoux Huxley, e a passagens da Bíblia. Nesta última, procuram-se referências para a reprodução sem sexo, como no nascimento virgem, ou de formas de driblar a infertilidade análogas, por exemplo, à maternidade substituta. É curiosa a procura de referentes na literatura ficcional e religiosa, da origem e do futuro, quando a biotecnologia coloca em questão a condição humana, no mundo contemporâneo.

Há aspectos que parecem ser padronizados no discurso acerca da infertilidade e das NTRc. Além da insistência na infertilidade ser um problema do casal e não só da mulher, é freqüente a referência ao sofrimento causado pela ausência de filhos, que levaria *às mulheres*, ricas e pobres, a suportar grandes sacrifícios em prol da realização do sonhado filho. As mulheres e/ou os casais que não tivessem esperanças com as técnicas atualmente disponíveis, são instados a permanecerem à espera de novas descobertas com a promessa de, num futuro imediato, superar a dor e a infelicidade ocasionada pela infertilidade. A espera, segundo as matérias analisadas, poderia não ser por muito tempo, dada a rapidez com que acontece o desenvolvimento de novas técnicas.

Alguns especialistas são presença constante nas matérias. Ocupar cargos diretivos nas agremiações de profissionais dá visibilidade no campo; mas também estão os que permanecem como referência obrigatória por serem donos das maiores clínicas, figuras polêmicas que seguem suas próprias normas, às vezes contrárias às regulamentações ou porque procuram a mídia para difundir seus serviços. Os lucro obtidos por ocupar a presidência de alguma das associações de especialistas foram lembrados por um dos nossos entrevistados, que mencionou que regularmente há listas de candidatos a esses cargos nos que se encontra, entre outros benefícios, maior figuração na mídia, o que redunda em aumento da clientela para sua clínica. O entrevistado indicou também a prática de pagamento de reportagens, pois isso se reverte positivamente, especialmente se aparece dizendo que "fez o bebê de proveta de algum fulano rico e famoso". Isto não acontece somente nos jornais de circulação diária, mas também, e especialmente, em revistas do mundo do espetáculo, dado que ter um "bebê de proveta dá charme, é coisa de gente rica".

Como afirmamos anteriormente, a inclusão dessas tecnologias nas tramas das telenovelas, parecem reforçar a divulgação de novos padrões de comportamento, atitudes e representações, através das quais o Brasil é mostrado como um país moderno, com altos níveis de desenvolvimento e consumo tecnológico.

As disputas de poder e rivalidades profissionais podem ser identificadas através das matérias, o que parece também dar certos rendimentos. Tornar público, através da imprensa, um evento parece validá-lo, como parece ter acontecido com a "paternidade médica" do primeiro bebê de proveta brasileiro. Depois de muitas disputas, essa "autoria" foi atribuída a um dos médicos que, naquela época, tinha destaque na mídia e visibilidade pública por suas tentativas e insucessos.

Citeli (2001a) afirma que o jornalismo se caracteriza, entre outros aspectos, pela necessidade de trazer constantemente novidades, baseadas em evidências. Essas duas características se conjugam perfeitamente na relação entre mídia e RA. O desenvolvimento acelerado das técnicas de reprodução humana, assim como o desconhecimento das conseqüências de seu uso, e a exploração de valores tradicionais ligados à descendência consangüínea fornecem à mídia excelente

material para manter um tom apelativo e sensacionalista presente nas manchetes, especialmente das revistas de circulação semanal:

> *Sete gatinhos. Costureira americana dá à luz sétuplos.* (*Veja,* 26/11/97)
>
> *Incesto de proveta. Francesa de 62 anos tem um filho gerado com óvulo doado por americana e sêmen do irmão.* (*Veja,* 27/06/01)
>
> *Em busca do bebê perfeito. Boutiques de sêmen, sexo selecionado e escolha de embriões: o Brasil entra na era dos superbebês.*(*Veja,* 03/11/99)
>
> *Vida após a morte. Americana é fecundada com o sêmen retirado de seu marido morto.*(*Veja,* 22/07/98)
>
> *A vida no freezer. Americana dá à luz gêmeo de menino nascido há sete anos.*(*Veja,* 25/02/98)
>
> *Cegonha prêt-à-porter. Leilão de óvulos pela Internet choca o mundo e mostra que alguns casais desejam filhos perfeitos a qualquer preço.*(*Istoé,* 13/10/99)
>
> *Não clonarás! Apesar do risco de criar monstros em laboratório, médico italiano anuncia para novembro o primeiro clone humano.*(*Istoé,* 15/08/02)

Na dupla constituição entre mídia e ciência, Citeli (2001a) observa que os jornalistas recorrem à legitimidade dos especialistas para tratar de certos assuntos, assim como os cientistas reconhecem o poder de divulgação da mídia, tanto individual como institucionalmente. É comum encontrar, ao final de algumas reportagens, referências a conhecidos laboratórios que produzem medicamentos para RA, agremiações de especialistas e clínicas de RA que convidam jornalistas para cobrir eventos dessa área. Também a procura de especialistas no campo para respaldar as matérias proporciona a estes uma ótima chance de divulgação tanto da medicina reprodutiva, como das clínicas ou serviços.

À terminologia empregada na explicação das técnicas foram introduzidos conceitos até há pouco tempo não imaginados em relação à seleção e preparação dos gametas para a reprodução. Os óvulos e espermatozóides teriam características próprias e seriam passíveis de tratamento: são velhos ou novos, lentos, direcionados, selecionados, lavados, turbinados, rejuvenescidos, nutridos, injetados, madurados, etc. Os gametas ganharam uma visibilidade inédita que, às vezes, parece autonomizá-los e descontextualizá-los dos corpos e das relações nas quais adquirem sentido. O processo de reprodução parece estar cada vez mais reduzido a seus estágios mais anteriores. O momento da fecundação e seus precursores, vistos e objetivados mediante sofisticadas tecnologias[36], tornam-se cada vez mais relevantes e mais familiares para a população leiga.

Ao observar a autoria das matérias se encontrou a presença sistemática de Walter Ceneviva, da seção Letras Jurídicas, que manteve durante esse tempo a mesma linha de pensamento, apontando a inadequação do sistema jurídico para acompanhar o avanço científico: "O direito

[36] Estas questões são retomadas na parte III.

acompanha, de tílburi, o avião a jato da ciência...” O autor tende a refletir sobre assuntos internacionais, submetendo-os à análise na perspectiva do sistema jurídico brasileiro, colocando em evidência seu despreparo para legislar sobre situações que potencialmente podem se apresentar em qualquer lugar do planeta em que haja serviços de RA. A descontextualização, possivelmente intencional, indica algumas questões sobre a perda de especificidades culturais em relação ao campo ético e jurídico nos países ocidentais e contemporâneos onde a tecnologia reprodutiva está disponível.

As clínicas brasileiras parecem estar atualizadas na importação das tecnologias mais recentes. A integração de atendimento e pesquisa nos centros de RA permite a participação em parcerias com centros internacionais e laboratórios, a formação de equipes nas que circulam especialistas e se partilham pacientes, para o desenvolvimento ou aplicação de novas tecnologias; um modo de o país se integrar nesse processo de *desenvolvimento* tecnológico que o coloca numa posição de liderança na região latino-americana. Dessa forma, não é negada a existência de especificidades que estejam operando em outros níveis[37], porém, a natureza das discussões éticas acerca dos limites no processo reprodutivo humano parece ser a mesma em todos os países, ainda que com diferentes nuances.

As análises sobre a veiculação das NTRc indicam o caráter sensacionalista e pouco crítico das matérias. As técnicas são apresentadas de maneira esquemática, simplificada e banalizada, reforçando uma propaganda indiscriminada dos sucessos da ciência nessa área (Corrêa, 1997; Ferreira, 1998; Barbosa, 1999; Luna, 1999; Corrêa, 2001a; Makuch, 2001; Diniz 2002). Como indicam essas autoras, o fato das NTRc serem amplamente divulgadas não implica que as pessoas possuam informação adequada para acompanhar e avaliar os avanços e propostas da medicina reprodutiva.

Tampouco desconhecemos o caráter sensacionalista e superficial da maioria das matérias, assim como a responsabilidade que o jornalismo científico tem em proporcionar elementos que conduzam à reflexão para que o público leigo possa distinguir entre informação e *marketing*. No entanto, não podemos perder de vista o lugar deste tipo de reportagem nas transformações coletivas e na constituição dos processos sociais. Os jornais diários não cumprem só a função de meio de divulgação, eles também fazem parte da constituição da atividade científica. Mídia e ciência formariam um *continuum* que vai da divulgação de resultados científicos entre os pares até a difusão entre o público geral (Citeli, 2001a).

[37] O acesso à tecnologia reprodutiva envolve, por exemplo, diferenças de classe no Brasil.

Hilgartner[38] *apud* Citeli (2001b), indica que o modelo tradicional que analisa a popularização da ciência separa esse processo em dois momentos: a produção do conhecimento pelos cientistas e a disseminação dos mesmos em versões simplificadas. Não obstante, o autor considera que a divulgação ou popularização de informação corresponde ao processo de produção científica, visto que o conhecimento é constituído por transformações coletivas e a simplificação é parte integrante desse empreendimento, na tentativa de persuadir o público, obter apoio para as pesquisas, motivar as pessoas a seguir recomendações médicas (e possivelmente procurá-las), convencer investidores e defender suas posições numa controvérsia científica.

Em conseqüência, mais do que nos determos nesse sensacionalismo acreditamos ser de maior relevância sublinhar o efeito que essas reportagens trazem para a inserção, familiarização, suscitação de interesse e aceitação da *fabricação* da vida no laboratório. Isto é, considerar como a mídia reflete significados vigentes e, principalmente, como contribui ao processo de construção de significado dos novos modos de reprodução. No caso particular, como a mídia joga um papel essencial na construção do sonho de reprodução, fundamental no processo de sensibilização das/os potenciais usuários das tecnologias reprodutivas que procuram informação mais específica e aprofundada em outras fontes. Nesse sentido, destacamos a penetração desse campo, a colonização da RA dos diferentes meios de comunicação, que nos permite juntarmos a Corrêa, para afirmar que:

> *... o impacto de sua difusão no Brasil deve ser muito grande, ao menos no que diz respeito ao conhecimento das principais técnicas que compõem a RA (...) Essa ampla difusão do conhecimento das novas tecnologias reprodutivas não pode ser atribuída a uma suposta magnitude do problema da infertilidade dentro do contexto sanitário brasileiro, mesmo que reste por ser conhecida a real prevalência do problema no Brasil. Além do papel da mídia –sem dúvida o mais decisivo nesse caso–, parece contribuir para o interesse da população pela reprodução assistida a importância que o próprio tema da 'cura' da infertilidade tem em nosso país, mobilizando valores ligados à reprodução, à paternidade e à maternidade, que sensibilizam bastante os indivíduos. O caso das novas tecnologias reprodutivas parece ter essa particularidade, segundo a qual os tratamentos propostos gozam de enorme relevância, sendo um fator capaz de antecipar-se a todos os outros na construção dos problemas aos quais se dirigem.* (Corrêa, 2001a, p.141).

Não por acaso, as situações e momentos em que são publicadas reportagens especiais sobre o assunto são *oportunistas*, no sentido de não perder a chance de aproveitar valores exacerbados na comemoração de datas especiais como o dia das mães e dos pais, nos quais a presença de filhos adquirem um sentido fundamental. Nesses momentos particulares, os *tecno-filhos* ganham a conotação do milagre da vida, que coloca fim ao sofrimento causado pela sua ausência involuntária de filho. Tal sensibilização permitiria introduzir e justificar a fabricação da vida no laboratório, onde ela deixa de ser um milagre Divino, para se tornar um milagre da Ciência. Observamos, desse

[38] Hilgartner, Stephen. The dominante view of popularization: conceptual problems, political uses. *Social Studies of Science,* Londres, v.20, p.519-39, 1990.

modo, a participação da imprensa na reconfiguração de conceitos e idéias de repertórios tradicionais, inclusive sacralizados, que são ativados e de alguma forma deslocados na introdução, sensibilização e aceitação das novidades tecnológicas na produção da vida.

A panorâmica obtida mediante esta análise aportou indícios acerca de outros fatores a serem considerados na articulação, difusão e configuração desse campo. As representações de RA nos meios de comunicação apontam para a formação de uma arena de disputas, práticas e saberes da RA que envolve uma multiplicidade de profissionais, como também identificou Luna (1999). Vários eventos de caráter científico e de divulgação sobre RA foram organizados no país durante a realização deste trabalho. O acompanhamento de alguns deles permitiu maior aproximação às discussões e preocupações dos prestadores desses serviços, principais sujeitos da introdução da tecnologia no país. Estes aspectos estão elaborados na segunda parte, que traz o campo dos especialistas em RA.

II PARTE

Assistindo à reprodução no contexto dos especialistas

O acompanhamento de alguns eventos científicos e de divulgação, organizados no país, permitiu uma maior aproximação às discussões e preocupações dos prestadores desses serviços, principais sujeitos da introdução desta tecnologia no Brasil. Interessou observar como o campo é pensado por uma parcela de pessoas que o constituem.

Discutir o contexto dos especialistas tem como objetivo identificar as preocupações e pontos de embate. O material de análise desta parte tem como eixo dois eventos científicos: um da área médica e outro que congregou psicólogas que trabalham com RA. Nas discussões desses eventos foram identificados alguns pontos chaves, aprofundados em entrevistas realizadas com especialistas dessas áreas, considerando aqui sua qualidade de informantes privilegiados e não de representatividade. Com o objetivo de complementar a informação recorremos à revisão do Boletim da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH)[1], aos pareceres do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), assim como ao *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida* (RLA)[2].

Procurou-se estabelecer uma relação entre as questões que foram levantadas no contexto dos especialistas e as anteriormente descritas na análise da imprensa.

V Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida

Diversas reuniões e congressos sobre RA são realizados anualmente no país, visando atualizar, divulgar e treinar especialistas na utilização de novas técnicas e procedimentos de laboratório. Geralmente são reuniões projetadas para médicos e biólogos, especializados em reprodução humana. Em agosto de 2001 se realizou, em Campos de Jordão (SP), o V Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida e o II Congresso Paulista de Medicina Reprodutiva, organizado pela SBRA, a Associação Paulista de Medicina e a Sociedade Paulista de Medicina Reprodutiva, com apoio do Laboratório *Serono.*

Nossa participação nesse evento teve como objetivo atentar para a dinâmica desses atores que, de alguma maneira, estavam sendo observados através da mídia; identificar o que os juntava,

[1] A Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA) também publica um jornal na sua página eletrônica, porém seu acesso é restrito a seus associados.
[2] O RLA é uma publicação anual, iniciada em 1991, que compila os dados sobre RA na América Latina.

os pontos de divergência, as dinâmicas de poder, as preocupações enquanto ao estado da RA no Brasil e, no geral, obter informações que não são divulgadas na imprensa. Ter tido a possibilidade de enxergar o rosto desse grupo de pioneiros e iniciados na RA no Brasil, resultou ser uma interessante fonte para ampliar e complementar o marco de informações.

Mais do que nos determos nas minúcias etnográficas da dinâmica de um congresso de medicina, com participação da indústria farmacêutica, centraremos o relato em torno do conteúdo das discussões ali realizadas.

O crescimento da Reprodução Assistida no Brasil

O diretor da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), Dr. Edson Borges, apresentou o Cadastro Nacional em Reprodução Humana Assistida, um esforço conjunto da SBRA, da SBRH, e da Comissão Nacional Especializada de Fertilização Assistida da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). O cadastro, obtido a partir de um questionário respondido voluntariamente pelos diferentes centros, incluiu profissionais, clínicas ou serviços que realizam investigação e/ou tratamento em "esterilidade conjugal".

Até o ano 2000 seriam 117 clínicas que ofereciam serviços de RA no país, das quais 47% (55) estão localizadas no Estado de São Paulo, sendo que 30 delas (54%) se concentram na capital do Estado. O Quadro 1 apresenta a distribuição das mesmas, junto ao número de clínicas reportado em anos anteriores. A informação de 1992 corresponde ao I registro da SBRH sobre o uso de técnicas de RA no país, depois do qual só foi encontrado o registro oficial de 2000. Incluímos os dados divulgados por Arilha (1996), que discrimina somente a distribuição para o estado de São Paulo, que concentra o maior número de centros.

Para um dos nossos entrevistados, o crescimento desses serviços em São Paulo estaria associado à maior concentração, nessa região, de riqueza, fazendo com que a capital do Estado seja um local de fácil acesso, com possibilidade de deslocamento ágil e rápido desde qualquer outro lugar, permitindo a absorção de uma clientela com bom poder aquisitivo.

Outro especialista entrevistado explicou que a infertilidade atinge 15% da população mundial. Dado que São Paulo é um estado super povoado, esperar-se-ia que os casos de infertilidade também fossem maiores nesse lugar. Por outro lado, opina este especialista, a capital do Estado seria uma cidade de primeiro mundo caracterizada pela inclusão de um maior número de mulheres no mercado de trabalho e o conseqüente adiamento da maternidade.

Quadro 1
Registro dos Centros de RA no Brasil

Estado	Número de centros de RA		
	1992*	1994**	2000***
Alagoas	0	–	1
Bahia	1	–	3
Ceará	0	–	4
Distrito Federal	1	–	3
Espírito Santo	0	–	3
Goiás	1	–	2
Mato Grosso	0	–	1
Mato Grosso do Sul	0	–	3
Minas Gerais	2	–	9
Pará	0	–	1
Paraná	4	–	8
Pernambuco	2	–	5
Piauí	0	–	1
Rio de Janeiro	1	–	10
Rio Grande do Norte	0	–	1
Rio Grande do Sul	1	–	6
Santa Catarina	0	–	1
São Paulo	10	23	55
Total	**23**	**44**	**117**

* Dados da SBRH (Barbosa, 1999)
** Dados de Arilha (1996), discriminados só para o Estado de São Paulo
*** Dados da SBRA (2001)

Paralelamente ao levantamento desse cadastro, estariam sendo desenvolvidos os critérios normativos em reprodução humana assistida, a serem estabelecidos para que os profissionais e as clínicas contem com o amparo oficial das agremiações que participaram neste empreitada. A ausência de dados consistentes sobre o número destes serviços no país marcou a relevância da divulgação deste registro como um dos logros da direção da SBRA desse momento.

O diretor da SBRA nos manifestou, em entrevista, sua preocupação por não poder informar, na sua gestão, quantas clínicas ofereciam serviços de RA no país. Os dados divulgados antes do cadastro seriam inconsistentes e pouco confiáveis, pois as estimativas eram feitas a partir da vinculação dos centros a diferentes associações. Ainda assim, o número de clínicas de RA no país é um dado constantemente citado na imprensa.

Uma das dificuldades para a obtenção do registro é que, na sua maioria, são serviços privados e nem sempre estão dispostos a dar informações sobre as atividades que realizam. O crescimento acelerado e a dificuldade de obter informação trazem, paralelamente, a discussão acerca de seu controle. Para um dos entrevistados, o aumento de clínicas nos últimos anos seria maior do que o divulgado pela SBRA, e a proliferação desses serviços estaria ligada ao fato da RA ser uma área de fronteira da medicina, o que resulta ser bastante atrativo por proporcionar *status:*

... o ginecologista que faz reprodução humana é encarado como um cara sofisticado, um cara de ponta, um cara que estuda. É uma espécie de marketing positivo para o ginecologista geral. Tem a divisão entre quem faz reprodução e quem não faz. Então, muitos querem entrar na área que faz reprodução. Participam em cursos, congressos e depois de um tempo ficam com vontade de entrar na área mais a fundo e montam suas próprias clínicas. Até ai não tem nada de errado...[3]

Porém o especialista considera necessário estabelecer critérios de controle ao excesso de indicação de RA que ele identifica no Brasil e nos países onde não há uma legislação rigorosa desse campo.

Em 1991, iniciou-se o *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida* (RLA) com o objetivo de proporcionar a médicos e pacientes um instrumento de avaliação da eficiência desses tratamentos. Liderado pelo Dr. Fernando Zegers-Hochschild, especialista chileno, o Registro é publicado anualmente e permite aos centros avaliar seus resultados com um controle de qualidade externo. Em 1995 foi constituída a *Red Latinoamericana de Reproducción Asistida* (RED)[4], que tem como objetivos coordenar e participar na certificação dos centros que o solicitem, proporcionar educação médica continuada para melhorar os resultados das técnicas de RA, e promover a realização de estudos multicêntricos.

A certificação da RED[5] é expedida após visita de um biólogo e um clínico, escolhidos pelo Conselho de Diretores, que verificam o cumprimento das normas mínimas para funcionamento de um centro de reprodução humana[6]. Os centros certificados são visitados aleatoriamente com a finalidade de checar a veracidade e adequação dos métodos empregados. Mas nem todos os centros afiliados possuem certificação. O interesse dessa agremiação é que os afiliados não-certificados implementem as mudanças sugeridas pelos avaliadores, visando a melhoria na qualidade para ser expedida a certificação.

O número de centros certificados da América Latina que reportam seus dados à RED vem aumentando ao longo dos anos. Em 1996 foram 21 centros e em 2000 foram 98. O Brasil é o país com maior número de procedimentos realizados. No ano 2000, 38.8% dos centros que reportaram seus dados são brasileiros, os quais contribuíram com 46.6% do total de ciclos contabilizados na região. Em 1996 a contribuição teria sido na ordem de 38.7% dos ciclos. Essas cifras colocam o

[3] As falas correspondem a citações literais de intervenções ou entrevistas gravadas e transcritas.

[4] A RED funciona com apoio acadêmico e financeiro dos laboratórios *Organon* e *Serono*, principais produtores de medicamentos para RA.

[5] Algumas clínicas colocam nas suas páginas e catálogos o certificado expedido pela RED, como um carimbo de qualidade dos serviços.

[6] O diretor da SBRA, considera que frente ao aumento do número de clínicas e serviços especializados em reprodução humana é necessário estabelecer critérios normativos quanto à responsabilidade, à equipe (conformada por ginecologista, urologista, ultra-sonografista/ginecologista, embriologista, uma equipe de apoio na área de genética, psicologia e cirurgia ginecológica), ao laboratório, aos procedimentos, aos resultados (Borges, 2002).

país num lugar de crescimento e liderança seguido, à distância, pela Argentina, com 22.8% dos ciclos realizados em 20 centros (20.4%), e pelo México que fez 9.6% dos ciclos da região em 11 centros (11.2%) durante o ano 2000.

Apesar dos esforços realizados, o número de centros brasileiros credenciados pela RED é baixo se se considera o cadastro da SBRA. Segundo o Registro do ano 2000, dos 38 centros brasileiros que reportaram seus dados, 31 estão certificados (RLA, 2000, p.10), e corresponderiam a 26.5% dos 117 centros cadastrados pela SBRA.

Em consulta ao CFM (169/2000), acerca das visitas de inspeção da RED às clínicas brasileiras de RA, o presidente da Comissão Nacional Especializada de Fertilização Assistida, Dr. Rui Alberto Ferriani, manifestou a inexistência deste controle no país. Nesse panorama, a RED estaria sendo uma alternativa para avaliar e julgar as condições técnicas e administrativas dos centros que, para Pereira (2001), ex-presidente da SBRH, seria função da SBRH, da SBRA e da FEBRASGO.

Uma denúncia realizada ao CREMESP (No.42.392/95), acerca da prática de *Dumping*[7] e questões econômico-financeiras envolvidas no exercício da medicina reprodutiva no país, foi considerada fora do domínio desse Conselho, sendo o consultante instado a se dirigir a outros órgãos federativos. Se considerarmos que manter o material humano "fora do mercado" é um valor exigido por alguns com base na sacralidade do corpo, ou na preocupação laica de que tal mercantilização destrua qualquer valor (Berlinger e Garrafa, 2001), é difícil compreender o parecer do CREMESP, deslocando as questões econômico-financeiras de seus domínios por não corresponderem ao plano da ética. A decisão não causaria estranhamento se não se tratasse da competição por um *mercado* em função da produção da vida, de pesquisa e intervenções com manipulação de material humano.

A questão torna-se ainda mais preocupante tendo em vista o acelerado crescimento desses serviços no país (poucos dos quais são credenciados pela RED) que, associado à ausência de um controle rigoroso num panorama de normas, mas não de leis, pode levar à falta de critérios padronizados e a abusos na implementação dessas tecnologias.

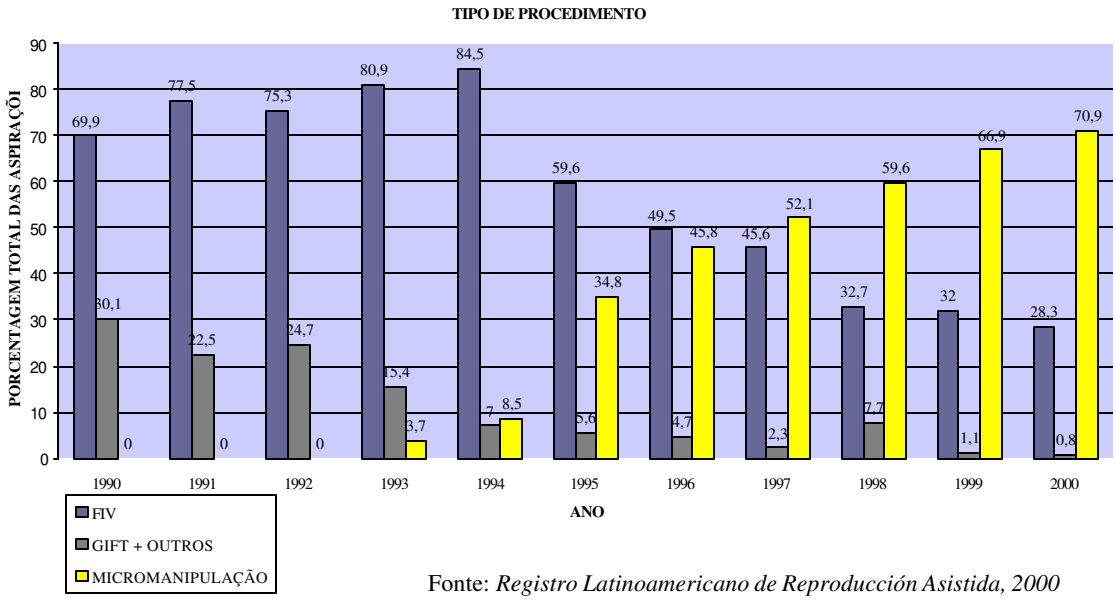
Um dos propósitos constantes da RED tem sido a unificação de critérios, principalmente quanto ao número de embriões transferidos, a elaboração de Consentimentos Informados e o seguimento do uso crescente de técnicas de micromanipulação. Trazemos à tona uma das

[7] *Dumping* é um recurso utilizado por uma indústria para baixar o preço de um produto momentaneamente e de maneira artificial, com a finalidade de retirar do mercado os concorrentes que não conseguem manter um preço baixo. Desaparecidos os concorrentes, o preço é novamente regularizado com a suspensão do *dumping*. (Wolffers et al., 1991).

preocupações manifestadas no Registro do ano 2000, para localizar uma das principais discussões de ordem técnica, observada durante o V congresso.

No Registro do ano 2000 é destacado o incremento progressivo do número de ciclos iniciados e as melhoras na taxa de gravidez em América Latina, entre 1995 e 1999. Identifica-se, também, o crescimento do número de centros que usam técnicas de micromanipulação, como aponta o Gráfico 3. Em 1993 a ICSI foi usada em 3.7% das aspirações realizadas na região, proporção que aumentou dramaticamente para 70.9% em 2000. Como destaca a mesma publicação, "En el afán de conseguir mejores resultados, fácilmente se cae en la tentación de implementar cuanta tecnología aparece tanto en congresos, en nuestros talleres, como en revistas científicas. (...) Latinoamérica no ha sido ajena a ese 'boom', lo cual vemos reflejado en el registro..." (RLA, 2000, p.7). Questiona-se, ainda, que o uso de técnicas de micro-manipulação mais sofisticadas como a ICSI, não necessariamente produzem melhores resultados, como estaria evidenciando a diminuição significativa da taxa de gravidez, que de 26.7% em 1999 passa para 24.6% no ano 2000.

Gráfico 3
Técnicas de RA utilizadas na América Latina



Fonte: *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida, 2000*

As discussões técnicas: FIV ou ICSI?

Um dos trabalhos apresentados durante o V congresso, mostrou comparativamente o desempenho da FIV e da ICSI com o intuito de definir qual destas técnicas seria mais conveniente em termos de custo/benefício[8]. A FIV, desenvolvida em 1978, teria sido desenhada para os casos de obstrução tubária bilateral e de esterilidade sem causa aparente. A ICSI, desenvolvida em 1992, seria indicada para infertilidade masculina grave, uma vez que permite tomar os espermatozóides no epidídimo ou, na falta deste, podem ser usadas células espermátides para realizar a fecundação.

A palestrante, depois de indicar que na sua clínica a tendência é abandonar a FIV, passou a indagar, entre seus colegas de mesa, qual era a prática em seus respectivos centros. A questão deu início a uma discussão maior, retomada e aprofundada posteriormente. Nessa mesa, um dos médicos lembrou que a ICSI começou a ser usada como um modelo experimental humano. Recorrendo ao velho critério de usar o melhor conhecido, sua clínica opta pela FIV, à vista de ter uma casuística e tempo de uso maior, permitindo avaliações mais confiáveis.

Outro médico participante da mesa disse que utiliza a FIV como procedimento padrão, argumentando que se as duas técnicas apresentam taxas de fecundidade similares, deveria ser utilizada aquela que mais se aproxima do modo como a fecundação acontece naturalmente. Uma visão bem diferente, manifestada por outro especialista, indica somente a utilização da ICSI, porque suas pacientes pagam um preço elevado por esses procedimentos, o que justificaria o uso de uma técnica que, além de ser mais moderna, é por ele considerada mais eficaz[9].

A discussão evidencia a existência de diferentes tendências e lógicas que orientam as decisões em relação às técnicas e procedimentos adotados pelos profissionais da RA. O desconhecimento das conseqüências de algumas técnicas, ainda não suficientemente avaliadas por serem de uso recente, gera certo temor na sua utilização, entre alguns especialistas. A ponderação dos riscos e uma maior cautela quanto à aplicação de técnicas experimentais parecem estar presentes nessa lógica, pautada pelo menor receio com o uso daquelas que deixam atuar ou imitam mais fielmente à natureza.

Por outro lado, há uma outra lógica operante, que parece apostar cegamente na tecnologia de ponta. Considera-se que por ela ser de última geração é necessariamente melhor ou, senão melhor, é mais custosa o que deveria justificar seu uso ou aplicação, pelo menos entre uma parcela

[8] Para Berlinger e Garrafa (2001), a relação custo/beneficio tem um valor relativo, uma vez que os custos e benefícios nesse tipo de intervenção envolvem muitas pessoas, inclusive, gerações diferentes.

[9] Na avaliação do diretor do Registro, Dr. Zegers-Hoschschild , que apresentou os dados que aparecem no gráfico anterior, na América Latina esta técnica estaria sendo utilizada de maneira desproporcional, levando em consideração que no resto do mundo sua utilização atinge a média de 49%.

abastada da população. No fundo, nessa perspectiva, o que se compra e se vende é o acesso a tecnologias mais modernas e sofisticadas, mesmo que os resultados sejam similares a outros procedimentos mais convencionais ou "tradicionais".

O uso generalizado da ICSI no centro desse especialista, o maior do Brasil e da América Latina, não é justificado do ponto de vista técnico e sim econômico. As pacientes ou os casais pagam caro por sofisticadas tecnologias que as/os colocaria mais próximos de realizar o sonho reprodutivo oferecido pelas clínicas. Como se discutirá mais adiante, um dos aspectos mais enfatizados nos catálogos e nas páginas eletrônicas de algumas clínicas de RA é o fato de as mesmas contarem com o que há de mais moderno no universo tecnológico, num certo "encantamento pelo conhecimento gerado e suas múltiplas, variadas, possíveis e reais aplicações..." (Rotania, 1996, p.173).

Não é necessária uma análise muito refinada para perceber que se o Brasil tem contribuído, ao longo dos anos, com mais ciclos de RA na América Latina, e que se no país se encontra o maior centro de RA, as práticas que este centro adote, como por exemplo o uso da ICSI em todos os processos, afeta de maneira dramática as tendências da região. Como aparece no gráfico 3, nos últimos dez anos, nota-se uma relação inversa entre o uso da FIV e da ICSI.

Nesse sentido, parece que vamos ao encontro e consagração do inédito, momento em que a aceleração do desenvolvimento tecnológico introduz o menosprezo pelo velho e até pelo atual (Santos, 2000). Nessa corrida, como diria esse autor, a FIV.... "já era".

Mother nature or the hand of man?

A discussão em torno do uso indiscriminado da ICSI foi retomada na mesa de trabalho formada por urologistas, que abordaram a avaliação e intervenção do fator masculino da infertilidade. Um destes especialistas, Dr. Jorge Hallak, indicou a necessidade de realizar uma avaliação genealógica das causas de esterilidade masculina, uma vez que existiriam várias síndromes, pouco relatadas, associadas à mesma. Assim sendo, a infertilidade deveria ser vista como sintoma de outras doenças a serem analisadas. O I Consenso Brasileiro sobre infertilidade masculina, de 1999, já assinalava que as conseqüências, ao longo prazo, da eliminação artificial dos processos de seleção natural com as técnicas de RA, não estariam completamente determinadas. A ICSI poderia veicular a transmissão de anomalias genéticas a partir dos homens inférteis (Glinia, Damião, 1999).

Durante o V congresso, o Dr Hallak indicou que fazer análise de espermograma, verificar uma baixa proporção de espermatozóides e passar de imediato à realização da ICSI constitui um comportamento *irresponsável* por parte do profissional da reprodução humana. Essa perspectiva,

denunciando a banalização do uso dessas técnicas, começou a ser divulgada na mídia mais enfaticamente em 2002 e 2003 (*O Estado de S.Paulo*, 15/07/2001; *Veja*, 22/05/2002; FSP, 11/07/2002; 20/02/2003), especialmente depois da publicação, em revista científica, de um estudo realizado por pesquisadores ingleses e australianos, no qual se afirma que as crianças concebidas em laboratório têm mais do dobro de probabilidades de nascer com complicações do que bebês concebidos naturalmente.

A questão, para o grupo de urologistas, não seria desestimular o uso de tecnologias reprodutivas, mas fazer avaliações diagnósticas que possibilitem o uso de procedimentos mais simples, menos invasivos, mais baratos e de menor risco para as crianças e para as futuras gerações. A falta de uma adequada avaliação leva ao uso apressado de complexos procedimentos e técnicas que, como indica Dr. Hallak, criam a falsa imagem de que gerar um filho de *modo convencional* é complicado e obsoleto (FSP 20/02/2003, Folha Equilíbrio).

Uma das preocupações manifestadas por estes especialistas é a criação de uma *geração de inférteis*, uma vez que, ao serem usadas indiscriminadamente algumas técnicas como a ICSI, estar-se-ia transmitindo síndromes que causam a infertilidade. Nesse sentido, a infertilidade poderia vir a ser uma *doença* hereditária. Frente a esta questão em particular, a *Folha de S.Paulo,* na edição anteriormente citada, consultou reconhecidos especialistas locais sobre as críticas realizadas por esse grupo de urologistas[10]:

> *Passar a infertilidade para o filho é um probleminha ridículo. Se ele está com boa saúde, esta indo bem na escola, pode corrigir isso no futuro fazendo uma Icsi. Qual o problema?* Dr. José G. Franco Júnior (FSP 20/02/2003, Folha Equilíbrio).
>
> *Esses números não existem... nos países desenvolvidos, onde o governo ou os planos de saúde pagam integralmente os tratamentos, cerca de 50% dos casos de infertilidade são resolvidos com a fertilização in vitro, desde o início.* Dr. Roger Abselmassih (FSP 20/02/2003, Folha Equilíbrio).
>
> *A Icsi garante um resultado bastante bom, e os casais querem resultados. E há a questão financeira, o interesse econômico por parte de algumas clínicas. É uma questão de concorrência de mercado.* Dr. Nilson Roberto de Melo (FSP 20/02/2003, Folha Equilíbrio).

[10] A propósito, este grupo de especialistas inaugurou recentemente o maior centro público de reprodução humana (HC/FMUSP), que oferece, entre seus serviços, laboratório de micro-manipulação de embriões e gametas. Até onde sabemos, nenhum serviço público conta com uma infraestrutura similar. Entre os objetivos desse centro, consignados no catálogo do mesmo, encontra-se a identificação das causas de infertilidade, normatização da indicação e utilização das técnicas de RA e avaliação de riscos (identificação de grupos de riscos nos quais essas técnicas devem ter um emprego restrito ou contra-indicado), entre outros. Além do mais, é o primeiro centro criado na divisão de clínica urológica. Ainda que as principais clínicas do país estejam em mãos de urologistas, elas aparecem vinculadas mais tradicionalmente ao campo da ginecologia. Este programa se propõe realizar parcerias com outras divisões e departamentos do HC, como o Laboratório Central, Radiologia, Ginecologia, Obstetrícia.

As questões anteriores colocam em evidência as fraturas dentro do campo de especialistas que, desta vez, ultrapassaram os limites do cenário de discussão entre eles. Essas divergências indicam não só diferenças na perspectiva de saberes ou enfoques, como também trazem à baila um campo de disputa de poder e de autoridade. Alguns destes médicos reconhecem publicamente, na imprensa, interesses econômicos e disputa de mercado por parte de algumas clínicas, que estariam por trás da banalização de tais tecnologias: "Existe uma tendência na *indústria da reprodução humana* de pular as alternativas clássicas e partir direto para a fertilização in vitro, o que nem sempre é necessário." (Dr. Sami Arap, *O Estado de S. Paulo,* 15/06/2001, ênfase nosso).

Observa-se nessa discussão a aplicação da ICSI para casos nos quais não se justificaria seu uso, do ponto de vista médico e inclusive técnico, o que traria implicações imprevisíveis não só genéticas como também sociais e culturais. Essa questão nos levou a indagar o tema da responsabilidade ética nesses processos com um dos nossos entrevistados, que comentou que quando a geração *produzida* através de ICSI comece a se reproduzir, os médicos que banalizaram tal técnica estarão suficientemente "consolidados [economicamente] ou aposentados. Tranqüilos, "digamos assim", indicando a falta de compromisso de alguns destes com o futuro[11].

Durante o V Congresso, os urologistas observaram também que a informação acerca da avaliação das causas de infertilidade, assim como a probabilidade de transmissão de doenças hereditárias a seus descendentes deveria ser comunicada às/aos pacientes. A promoção de decisões informadas poderia orientar, por exemplo, à desistência destas pessoas de realizar *tratamento* de RA e a optar pela adoção de crianças.

O fator masculino de esterilidade remete a outra discussão. Trata-se da centralidade da intervenção no corpo das mulheres, que as submete a riscos e desconfortos, ainda que a infertilidade seja do parceiro. Em alguns casos, segundo um destes especialistas, resulta mais conveniente e econômico optar pela reversão de uma vasectomia ou a correção cirúrgica de varicocele do que pela ICSI, por exemplo[12]. Curiosamente, esta preocupação só foi manifestada na discussão do fator masculino de infertilidade. Ainda que tal discussão se estruture em termos de risco, custo e benefício para as mulheres e/ou o casal, também evidencia as tensões entre as especialidades médicas legitimadas no *tratamento* da infertilidade.

---

[11] Em relação às conseqüências de modificações estruturais no corpo por via da medicina, Corrêa (2003) lembra que só quando a primeira geração de crianças operadas por ambigüidade sexual chegou à idade adulta, o problema da *desambiguização* cirúrgica se tornou público, passando a se questionar esse tipo de intervenção.

[12] Cabe lembrar que para a realização da ICSI se requer o mesmo processo de estimulação ovariana usado no caso da FIV. Isto é, provocar a produção de vários óvulos em um mesmo ciclo, mediante hiperestimulação ovariana; coleta dos óvulos mediante punção ovariana para a qual ser requer o uso de anestesia geral ou local e implantação dos embriões no útero.

A preocupação com o uso generalizado da ICSI, também foi retomada na intervenção da geneticista Leila Farah durante o V Congresso. Os argumentos em torno das implicações desta técnica para o processo da evolução humana tinham como pano de fundo o questionamento acerca da responsabilidade ética dos profissionais que fazem RA[13].

A infertilidade, afirmou a Dra Farah, em alguns casos estaria associada a formas de seleção natural. Enquanto indivíduos com genótipos favoráveis produziriam números relativamente maiores de descendentes que sobrevivem, outros teriam impedimentos em diversos momentos do processo reprodutivo. A seleção natural operaria com o mecanismo de *isolamento reprodutivo* em fases bem determinadas deste processo, mediante anomalias dos cromossomos sexuais, que ocasionam esterilidade; anomalias no zigoto, que produzem problemas na implantação (provocando abortamentos precoces); e anomalias que se manifestam no período neonatal. A especialista explicou que essas características genéticas seriam ou são transmitidas para as seguintes gerações:

> *Na verdade, toda evolução foi transposta através de uma agulha que entrou no mundo. A partir do advento do ICSI a infertilidade, que foi um mecanismo importantíssimo na seleção natural [para] preservar todo o processo evolutivo, introduziu um risco potencialmente aumentado para a transmissão de doenças genéticas que estariam bloqueadas pela infertilidade. Daí é que vem a grande responsabilidade de todos os que praticam essa especialidade. Com o uso da ICSI se ultrapassaria a mesma seleção natural.*

A *mãozinha* dada pela tecnologia à reprodução, especialmente através da ICSI, junta células que, sem intervenção externa, dificilmente se associariam o que teria diversas implicações. Uma delas, talvez a mais imediata, diz respeito aos riscos obstétricos e perinatais dessas gestações, assim como à saúde da prole gerada mediante estas técnicas. Mas os riscos ultrapassam os casos individuais, podendo gerar problemas de ordem populacional, mediante alteração da estrutura genética humana, ao serem driblados os mecanismos de isolamento reprodutivo que bloqueiam a junção de espermatozóides e oócitos fisiológica ou geneticamente anormais. Alterações ambientais, mecânicas ou químicas dos oócitos podem levar a perturbações na meiose ou mitose e a mutações que podem resultar em doenças genéticas (Hallak, 2000).

Frente a esse panorama de risco, a geneticista propõe a realização do aconselhamento genético[14], mediante o diagnóstico genético pré-implantacional (PGD), recurso complementar que

---

[13] A intervenção desta especialista, programada para o final do evento, contou com pouco público, pois uma grande proporção destes especialistas tinha ido embora.

[14] O aconselhamento genético procura a comunicação entre a geneticista e o casal em estudo. Após levantamento de antecedentes familiares detalhados e a realização do diagnóstico genético pertinente, calcula-se o risco específico, auxiliando o casal na tomada de decisões reprodutivas conscientes. No entanto, o aconselhamento genético, em geral, é polêmico ao se avaliar o desencadeamento de efeitos negativos entre os portadores de risco de certas doenças que podem conduzir, por exemplo, à realização de intervenções cirúrgicas mutiladoras, consideradas profiláticas, como a mastectomia e/ou ovariectomia em mulheres com

indicaria o caminho mais adequado. Desse modo, os problemas que trazem o uso de algumas tecnologias são resolvidos, pelo menos teoricamente, com outras, ampliando o ciclo de dependência tecnológica. Além das implicações da ausência de questionamento sobre o uso entusiasta e indiscriminado das tecnologias, é preciso também considerar o aumento dos custos[15], pois há uma sofisticação, cada vez maior, dos mecanismos para domesticar a natureza.

Todavia, um dos nossos entrevistados indica que essa análise não é tão confiável como se pensa. A célula obtida para o diagnóstico pode apresentar anormalidades inexistentes nas células restantes ou o contrário. É possível que em pouco tempo estejamos assistindo a discussão entre os especialistas em genética, acerca da confiabilidade, conveniência e inocuidade deste procedimento.

Ainda assim, a geneticista e alguns dos urologistas citados concordam com a necessidade de realizar uma prova do cariótipo do casal, em alguns casos, e do levantamento de uma história familiar detalhada, com o propósito de reforçar os procedimentos diagnósticos, antes dos *terapêuticos.* Dessa maneira, haveria uma orientação mais informada e adequada, poupando os casais e as mulheres do desgaste emocional e econômico decorrente da repetição de múltiplas tentativas que, talvez, nunca darão certo. A informação proporcionada ao casal também deveria estar orientada para esclarecer sua responsabilidade na transmissão de características genéticas que causariam infertilidade entre seus descendentes.

A Dra. Farah acredita que chegamos ao futuro. A evolução não seria mais controlada por processos biológicos através de mutações, recombinações genéticas e seleção natural, senão por processos culturais. Nesse sentido, chama a atenção dos médicos especialistas em RA para se questionarem acerca de como o homem pode dirigir sua evolução cultural.

No mesmo congresso, um dos médicos mencionou explicitamente que a questão no campo da RA não seria a de imitar a natureza, mas de tentar superá-la, ao se referir à preocupação por aumentar a performance dos *tratamentos* de infertilidade em mulheres mais velhas, dado que o êxito das NTRc diminui consideravelmente em mulheres de mais de 35 anos. Por esse motivo, as taxas de gravidez são relativizadas em função da idade da mulher.

O que chama a atenção nesse ponto são as justificativas para aprimorar as técnicas de RA utilizadas após 35 ou 40 anos e a delegação de responsabilidade às "más respondedoras" pelo fracasso das técnicas. A preocupação do especialista, Dr. Joaquim R.C. Lopes, em melhorar o resultado das técnicas em mulheres de mais de 44 anos, cuja perspectiva de gravidez com seus

---

probabilidade de desenvolver câncer. A avaliação genética não é uma atividade neutra e nem sempre se dispõe dos meios para dar suporte ou solução aos problemas identificados (Whittle, 1994/95).

[15] Em visita a uma clínica de RA em São Paulo, soubemos que o custo do PGD era de R$3.500 à época (05/2001). A avaliação, que incluía a análise de até 6 embriões deveria ser paga adicionalmente ao valor do *tratamento*, calculado em R$10.000, independente da técnica utilizada.

próprios óvulos é nula, surge, nas suas próprias palavras, por uma "questão de gênero e de injustiça". Haveria um processo mundial de adiamento da maternidade e a ciência deveria responder a esta situação. Segundo o Dr Lopes, eles teriam o compromisso de "devolver à mulher o direito reprodutivo que o próprio tempo roubou."[16]

Esta frase merece atenção por duas questões que aparecem implícitas. Uma delas é que haveria uma apropriação do discurso dos direitos reprodutivos, enfocado particularmente sobre o direito de livre escolha que reivindica a autodeterminação reprodutiva: eleger quando, como e com quem se reproduzir. Este discurso parece estar sendo extrapolado para as limitações impostas pelo ciclo de vida. Nessa lógica, restrições sociais e biológicas à reprodução estariam sendo colocadas no mesmo patamar. Se estes dois tipos de restrições adquirem a mesma natureza e valoração, em termos de expropriação de um direito, as duas são susceptíveis de serem mudadas. Por outro lado, deduz-se que a finalização do ciclo reprodutivo feminino antes considerado um fato *natural* não é mais assim concebido. No seu lugar, trata-se da natureza domesticada ou reinventada em função das exigências do mundo moderno.

A preocupação deste médico, criador do programa de doação partilhada de óvulos, aparece constantemente nas suas diversas intervenções, seja no V Congresso, na mídia ou nas revistas e jornais especializados. Em nota editorial do Boletim da SBRH, observa que, atualmente, há uma "conspiração" de fenômenos sociais e eventos biológicos contra a fertilidade das mulheres (Lopes, 2002). Por uma questão de gênero, afirma, são identificadas mudanças na vida das mulheres: estão mais preparadas para a vida profissional e disputa de mercado trabalho, o que as levaria a colocar em segundo plano o projeto conjugal e maternal. Por outro lado, além da natureza ter sido "mais pródiga com o homem", a liberalidade sexual e o adiamento da maternidade deixariam as mulheres expostas a maiores riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis que podem derivar em infertilidade.

Dessa forma, a medicina reprodutiva não estaria respondendo ao desejo deste grupo de mulheres de engravidar com seus próprios óvulos. Segundo cita este especialista, apenas 6.5% das mulheres de mais de 39 anos submetidas a procedimentos de FIV e GIFT, usando seus próprios óvulos, conseguiriam chegar ao parto. Frente a esta questão surgem novas propostas lideradas por outro reconhecido especialista, tais como a criopreservação de oócitos e o *rejuvenescimento* de

[16] Segundo pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos, pela economista Sylvia Ann Hewlett, as mulheres adotaram o "modelo masculino" de se concentrarem unicamente na carreira profissional, ocasionando "uma epidemia de falta de filhos". A autora afirma que o número de mulheres sem filhos teria dobrado nos últimos 20 anos e que 42% de mulheres bem-sucedidas, funcionárias de grandes empresas norte-americanas, ainda não tinham filhos aos 40 anos. As clínicas de RA seriam cada vez "mais agressivas" em divulgar boas notícias e encobrir fatos: "uma mulher de 45 anos que passou por sete ciclos de FIV pode gastar facilmente US$100 mil no tratamento. Mas, mesmo nas melhores clínicas de fertilidade do país, a chance de ter um bebê é de um único digito" (*Time,* 08/04/2002; *Veja*, 17/04/2002; *Exame,* 29/05/2002).

óvulos mediante doação de citoplasma, técnicas que encontram resistência de alguns médicos, entre eles o Dr Lopes (Lopes, 2001).

Voltando ao termo usado nas discussões médico-técnicas de *má respondedora*, chama a atenção a referência ao envelhecimento dos óvulos e não do corpo, menos ainda da mulher. Dessa maneira, o processo não só de maternidade ou reprodução, mas também de fecundação, acaba se fragmentando e dissociando, a ponto de obter uma autonomia e centralidade por via da descontextualização do corpo reprodutor feminino, o que permite às clínicas diversificar a experimentação e os serviços para responder às demandas de grupos específicos.

Nessa corrida são tecidas várias polêmicas. Uma delas, como observa Rotania (2001), aponta os riscos da biotecnologia, que podem transformar pessoas em fragmentos objetiváveis, com a decorrente apropriação de patentes e mercantilização de partes do corpo. Por outro lado, coloca-se em discussão o direito de acesso a essas tecnologias. Ambas as questões são retomadas mais adiante.

As questões jurídicas, ou de como "os senhores" podem se proteger

Os aspectos éticos e jurídicos, relativos ao exercício profissional da RA, foram expostos por um advogado e debatidos pelo Dr. Rui Alberto Ferriani, médico que tem tido uma atuação destacada na discussão dos projetos de lei sobre RA.

Apesar do título da conferência *–Bioética e Biodireito em Reprodução Assistida–*, a intervenção do advogado foi orientada a fazer uma série de sugestões aos profissionais da RA no sentido de como evitar ou administrar qualquer conflito no exercício profissional. Além disso, lembrou que não há uma estrutura jurídica para resolver questões decorrentes do uso das NTRc[17]. No caso de um *eventual conflito,* afirmou o advogado, os médicos devem se socorrer nas resoluções do CFM e no Código Civil Brasileiro "para tentar compor o interesse de um cliente que eventualmente teve um direito ofendido". Do ponto de vista jurídico, fez recomendações pontuais: utilizar o Consentimento Informado; esgotar todas as possibilidades terapêuticas antes de realizar qualquer procedimento de RA; evitar a aplicação dessas técnicas em menores de 21 anos; ter uma especialização na área de atuação; evitar a realização desses procedimentos quando as chances de

[17] O Simpósio *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do direito brasileiro,* ocorrido no Senado Federal em 2001 e coordenado pelas ONGs *Anis: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero,* e pela *Themis: Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero,* discutiu o impacto das tecnologias reprodutivas no meio jurídico brasileiro (Diniz e Buglione, 2002). Entre as/os participantes houve consenso no fato de que, até agora, o Direito brasileiro não considerou a RA como um campo a ser regulamentado. Nesse sentido, o que se encontra é um processo de interpretação e adequação das leis existentes sobre direito de família, de propriedade ou de garantias constitucionais. Por outro lado, também houve consenso, entre esse grupo, acerca das implicações sociais, políticas, morais e sanitárias da RA que demandam suporte jurídico para proteger direitos e interesses das pessoas envolvidas (Diniz, 2002).

sucesso são mínimas; avaliar a possibilidade de risco para a/o paciente; e redobrar o cuidado com aquelas/es entre as/os quais se possa ocasionar dano moral.

A reflexão, propriamente dita, acerca dos aspectos jurídicos e éticos da RA foi feita pelo Dr. Ferriani, que chamou a atenção para a necessidade dos médicos se conscientizarem do fato de estar usando técnicas que interferem na qualidade de vida das pessoas, habilitação para a qual se requer mais do que conhecimento científico e técnico.

O objetivo da RA, na perspectiva deste especialista, é permitir a um casal infértil ter um único filho com sua carga genética. Este *princípio ético* deveria nortear qualquer procedimento nesse campo. No entanto, haveria de se objetar que não existe um único principio ético e, caso houvesse, ele não é consensual como foi observado durante o V Congresso.

A discussão acerca da regulamentação dessas técnicas não poderia se restringir ao campo médico e jurídico, afirmou esse especialista. A sociedade, receptora desta intervenção, tem o direito a participar da discussão e o espaço adequado para tal efeito é o Senado, que congrega grupos religiosos e feministas, entre outros, com os quais são compartilhadas algumas preocupações acerca dos riscos dessas intervenções, como os decorrentes da hiper-estimulação hormonal e da produção de embriões excedentes, posteriormente descartados ou congelados sem levar em conta as implicações psicológicas para as pacientes.

Acrescenta que algumas das dúvidas que a sociedade tem a respeito do uso dessas técnicas não podem ser resolvidas nem pelos especialistas, que também desconhecem as implicações, a longo prazo, das técnicas de RA, inclusive as consideradas *tradicionais* e, menos ainda, daquelas em experimentação. Nesse sentido, afirma que a condição experimental das técnicas deveria ser encarada seriamente pela comunidade médica no lugar de cair na banalização de seu uso.

O especialista explica que à diferença de outras áreas da medicina, a RA estaria sendo submetida a projetos de lei específicos por estar "numa zona de fronteira muito importante: a formação de embriões humanos." A ciência não tem respostas precisas, o que impõe certos cuidados em vários sentidos. Se, por um lado, afirma, faz-se necessário o uso cauteloso de técnicas experimentais, por outro, a comunidade médica deve participar dos debates legislativos para não permitir que se obstaculize o avanço médico-tecnológico no país. Nessa perspectiva, os especialistas são partidários da formulação de regulamentações e não de leis específicas num campo altamente técnico e de rápidas mudanças.

O mesmo posicionamento é observado nos boletins da SBRH (2000, 2001), alimentando continuamente o debate dos projetos de lei sobre RA, que poderiam ocasionar o *engessamento* desse campo no país, pois a ciência avança mais rápido do que a lei. As normas do CFM são

consideradas por estes especialistas uma "boa forma de regulamentação" que serve como parâmetro para avaliar os projetos de lei.

Como foi observado na análise de imprensa, o projeto mais recusado pelas agremiações de RA é o que proíbe o congelamento de embriões (PLS 90/1999, de autoria do Senador Lúcio Alcântara). Para os médicos, se aprovada a proibição, o "Brasil será o único país no mundo a ostentar essa aberração". O proponente do projeto justifica a proibição em função dos impasses trazidos pela redução embrionária e a titularidade do embrião; para os médicos, a proibição "cerceará o direito de inúmeras pacientes terem filho, diminuindo, claramente, a eficiência do método de reprodução assistida" (SBRH, 2000).

Não entramos no mérito de uma discussão aprofundada das questões éticas, jurídicas e médicas desse embate. Fixada nossa atenção no que é dito ou não em certos contextos, observamos que um dos argumentos usados pelos profissionais da RA para objetar esse projeto de lei se sustenta nos riscos para a saúde das mulheres ao utilizar medicamentos para estimulação ovariana. Afirma-se que, ainda que não comprovado, esses medicamentos podem aumentar os riscos de câncer, sobretudo de ovário e de mama (SBRH, 2000).

Os riscos médicos para as mulheres, decorrentes dessa intervenção, não são divulgados, como foi constatado na análise da mídia. Mais adiante observaremos na história de mulheres que usaram essas tecnologias, a repetição de vários ciclos que em muitas ocasiões é analisado na perspectiva da teimosia ou da obsessão do desejo de filho, mas não nas implicações para a saúde. Estes riscos não são mencionados quando se trata de divulgar a tecnologia reprodutiva entre a população, no entanto, são evocados no contexto de discussão da regulamentação desse campo no país.

Além de proibir o congelamento de embriões, o PLS 90/1999 limita a dois o número de embriões a serem inseminados. Nesse sentido, a equipe de médicos que se movimenta periodicamente no Senado assinala que tais restrições elevariam os custos do procedimento.

> *As chances de gravidez se tornariam tão pouco prováveis, que os casais de melhor poder aquisitivo fariam melhor negócio tratando-se em outro país. Isto porque, em uma clínica brasileira, a mulher teria que repetir tantas tentativas para conseguir um filho, que o processo se tornaria arriscado para sua saúde e de custo restrito apenas a uma elite financeiramente privilegiada. Seguramente, índices de gravidez tão baixos não justificariam o investimento dos serviços públicos, o que deixaria uma camada significativa da população alijada desse tipo de tratamento* (SBRH, 2001b).

Outro ponto polêmico na discussão desse projeto de lei alude à restrição desses tratamentos para casais em união estável e à permissão da identificação dos doadores de gametas. O parecer do CFM (No.4.309/2002) acerca do PLS 90/99, na sua proposta de restringir o uso da RA somente para casais, afim de "possibilitar à criança viver no seio de uma família completa", valida o uso de

RA para mulheres celibatárias. O parecerista se apóia na Constituição Federal, que reconhece como entidade familiar tanto a família parental como a monoparental, isto é, a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

Na consulta ao CREMESP sobre a mesma questão, em 1996, o parecer acerca do uso de RA para "mulher civilmente capaz, mas 'solteira" afirma não haver impedimentos legais para essa situação, como aponta o relator:

> *Apenas a visão mais conservadora de certos políticos e mesmos profissionais da saúde tende a rejeitar essa prática, sob alegação de que haveria violação do princípio de 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.* (CREMESP, Consulta No.23.436/96).

O *lobby* no Senado congrega uma equipe que, segundo os Boletins da SBRH, é formada por médicos, parlamentares simpáticos à causa da RA e, inclusive, casais inférteis. Essa equipe procura *sensibilizar* os senadores que formam a Comissão de Assuntos Sociais, para as implicações de se aprovar uma lei que, no entender deles, não só inviabiliza o exercício da RA, especialmente para as pessoas mais humildes, mas, sobretudo, "estará sepultando os planos de milhares de casais inférteis que desejam ter um filho e têm na utilização de tais técnicas a janela de esperança para alcançar tão almejado sonho." (SBRH, 2001b).

Voltemos aos argumentos do Dr. Ferriani, apresentados no V Congresso. O objetivo da prática médica na implementação dessas técnicas é proporcionar um *filho único com a carga genética do casal infértil*, inclusive, sem se questionar o tipo de parceria. Seu argumento explicita que a clonagem reprodutiva e a transferência de núcleo, por exemplo, seriam técnicas que se aproximam mais desse propósito do que a doação de gametas, situação na qual o casal estaria fazendo uma semi-adoção. Dessa forma e nessa lógica, a proibição da clonagem reprodutiva bloquearia a possibilidade de atender o objetivo anterior. De maneira ambígua, este especialista afirma que existirão colegas dispostos a ultrapassar os limites éticos, mas as proibições e empecilhos para o avanço científico não podem se fundamentar em exceções. Nesses casos, caberia à sociedade punir os transgressores da lei e dos princípios éticos.

Nas reflexões deste especialista pode-se observar uma perspectiva médico-técnica, norteadora da compreensão e *solução* medicalizada da ausência de filhos, que orienta a intervenção e as pesquisas desenvolvidas na área de reprodução humana: a produção de bebês geneticamente aparentados. Aparentemente esse fim último parece subverter uma ordem de reprodução heterossexuada, na medida em que não questiona o tipo de parceria para o surgimento desse desejo, e justifica o uso da clonagem e da transferência de núcleo, técnicas amplamente questionadas por

alguns setores por serem expressões de bio-engenharia, que visam a objetivação e instrumentalização de homens e mulheres.

Para os profissionais atuantes no campo da medicina reprodutiva, as NTRc constituem um conjunto de ferramentas que permitem s*uperar* a ausência indesejada de filhos biológicos, mediante a *produção de bebês*, a despeito das causas da infertilidade ou hipofecundidade e das implicações ético-morais, sociais e de saúde decorrentes do uso dessas técnicas.

> *E é exatamente esse pouco compromisso com as causas da infertilidade e a excessiva preocupação com a produção de bebês o que provoca a suspeita entre os críticos da definição estritamente médica das técnicas reprodutivas. Para esses últimos, o modelo médico de compreensão e intervenção em casos de infertilidade não considera perspectivas morais fundamentais à reprodução, como a preferência por filhos geneticamente vinculados aos genitores como condição para a realização reprodutiva ou os critérios de elegibilidade para o acesso ao tratamento.* (Diniz, 2002, p.11).

Nessa perspectiva médico-técnica, observa-se a ausência da dimensão da experiência ou vivencia do processo de maternidade, e da possibilidade de uma prematura mimetização, perseguida mediante a adoção, não mais de crianças e sim de gametas ou embriões. Essas dimensões se encontrariam enfraquecidas perante o desejo de transmissão e perpetuação genética, que garante a "reencarnação biológica, aumentando o prazo de validade de seus genes" (Ribeiro, 2002, p.38), possivelmente associado ao projeto contemporâneo de experiências e realizações biotecnológicas[18], no qual se inscreve a exacerbação e valorização da *verdade genética,* aspecto que será retomado mais adiante.

No entanto, ainda que o valor proporcionado à transmissão genética exceda uma ordem de reprodução heterossexual, os valores particulares dos médicos norteiam o que pode ou não ser feito. De fato, exceções são feitas, mas os critérios para definir quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas parecem estar estreitamente ligados às convicções morais e religiosas individuais ou de comitês de ética próprios. Como veiculado na imprensa, "as questões éticas e morais são, acima de tudo, decisões pessoais" (FSP, 11/08/96, p.3-3).

Em síntese, como afirmam Corrêa e Diniz (2001), a regulação da RA no Brasil, exercida predominantemente na prática privada, realiza-se mediante a crítica e controle internos, dependendo

[18] A biotecnologia engloba um conjunto de conhecimentos científicos e técnicos que permitem associar, degradar ou sintetizar substancias que compõem os seres vivos. Alguns autores identificam biotecnologias tradicionais e modernas e indicam a importância desse saber fundamental à preservação e à continuidade da vida humana. As biotecnologias modernas (clonagem, engenharia genética, genômica e proteômica) se subdividem entre as de manipulação biológica e de manipulação genética. Esta última, nomeada também como engenharia genética ou bioengenharia, manipula o gene (pedaço ou unidade funcional do DNA), mediante conhecimentos científicos (físicos, químicos ou biológicos) e técnicos (adição, substração, substituição, mutagênese, desativação de genes) que conseguem reformar, reconstituir, reproduzir e *fabricar* seres vivos não existentes na natureza. A engenharia genética é uma biotecnologia, mas nem toda biotecnologia é engenharia genética. A diferença está na manipulação do DNA (Oliveira, 2002).

das exigências, da *consciência e boa vontade* dos especialistas na sua própria prática. As autoras observam que mesmo o projeto de lei (em tramitação no Congresso Nacional) que suscita mais debates, não tem considerado vozes dissonantes ao suporte teórico e técnico dado por profissionais atuantes no campo da medicina reprodutiva. O viés cientificista dos projetos de lei em tramitação favoreceria os interesses dos profissionais envolvidos no campo antes dos interesses das usuárias ou da população em geral, apesar dos riscos sobre a saúde das pacientes serem usados como argumentos na hora de preservar o desenvolvimento tecnológico no país.

Os embates entre especialistas

Reflexões em torno da ética envolvida no exercício da assistência à reprodução humana vieram à tona através da coordenadora de uma das mesas do V Congresso, Dra. Bela Zausner. Ainda que o tema da mesa fosse *Interface entre ciência e a prática* e os títulos das apresentações não tivessem nenhuma relação com a clonagem, a médica rompeu o protocolo e comentou a reportagem de capa da revista *Veja* (15/08/01) sobre clonagem, publicada por aqueles dias. A especialista comentou, em termos anedóticos e de denúncia, que um dos médicos participantes dessa mesa teria avaliado positivamente a utilidade da clonagem em casos como o de um amigo seu, bastante deprimido pela morte de seu filho. Possivelmente, o comentário não teria tido a mesma repercussão se não tivesse sido feito pelo Dr. Roger Abdelmassih.

A Dra. Zausner manifestou sua preocupação frente à possibilidade de fazer clonagem reprodutiva no país, assim como pelos aspectos éticos envolvidos em outras experiências, a exemplo da transferência de citoplasma, cuja realização foi anunciada pelo mesmo médico quatro meses antes e divulgada amplamente na imprensa. Avalia, ainda, que o domínio quase integral das técnicas do saber científico poderia produzir uma sociedade totalitária, rumo à qual estaríamos atualmente. A curiosidade e/ou o desejo de fazer tudo o que é tecnicamente possível, o chamado gradualismo do uso das técnicas, poderia levar à sociedade a um ponto sem retorno. Mas nem sempre a tecnologia funciona como se deseja ou se espera e, mesmo assim, estar-se-iam tomando atitudes apressadas com respeito à sua utilização gerando um grande problema de responsabilidade social, ligado à ausência de normas e leis que estabeleçam limites.

Em conseqüência, alerta para os efeitos desconhecidos que certas intervenções da medicina reprodutiva teriam em gerações futuras. Como exemplo, cita a experiência de transferência de citoplasma, que a seu ver, precisaria de pelo menos duas gerações para afirmar-se sua inocuidade.

> *Tratamentos laboratoriais que nós dispomos hoje, como por exemplo a limpeza embrionária (...) e nós vamos ter transferência citoplasmática, a limpeza embrionária... o embrião com fragmentos, um embrião que contêm blastômeros disformes, a gente simplesmente abre esse embrião, limpa, e olhe como ele ficou tão bonito, né?!! O que isso*

significa? O que é que isso vai trazer para o futuro? A gente não sabe, em realidade a gente não sabe.

[cita a publicação de um artigo, escrito por um especialista em bioética sobre a transferência de citoplasma] ... *em referência a esse trabalho de doação de citoplasma, aonde ele falou que quando você começa a fazer modificações genéticas em futuras gerações, você precisa muito mais do que estudos científicos e pesquisas das que esses indivíduos fizeram, que foi nenhuma*[19]*. Mas ainda, ele diz que uma parede que supostamente jamais deveria ser rachada, ela foi quebrada sem nenhuma autorização de uma comunidade mundial.*

Não teríamos incluído esse estilo de narrativa anedótica, se ela não fosse expressiva do nível de irreverência em meio às tensões observadas em torno do Dr. Abdelmassih, que permaneceu no local do congresso somente durante a realização da mesa na qual participou.

O especialista, ao responder aos questionamentos, manifestou-se contra o uso da clonagem humana por ser ainda uma técnica deficiente. Afirmou que o dia que tais questões forem superadas poder-se-ia iniciar uma discussão ética para definir os casos em que se poderia usar: "eu quis fazer essa colocação para que não haja dúvidas de que eu estaria jamais pensando em fazer ou querendo achar que clonagem humana seja uma coisa válida."

A respeito da transferência de citoplasma realizada em sua clínica, esclarece alguns aspectos técnicos. Nesse momento, usa o mesmo argumento dado à imprensa, quando indagado acerca das questões éticas envolvidas na possibilidade de produzir uma criança com a carga genética de três pessoas: "o que nós fazemos, sem dúvida, é fazer que haja um conhecimento do casal de que isso pode acontecer e (que) assine um documento sabendo desse conhecimento, de que pode haver uma interferência do DNA da doadora, do DNA doador para o citoplasma receptor (...) tem que haver a informação e a concordância do casal."

Diretrizes nacionais e internacionais em pesquisa com seres humanos exigem que as pessoas sejam informadas sobre os possíveis riscos e benefícios de qualquer intervenção. A informação transmitida deve permitir às pessoas decidir de forma autônoma, voluntária, esclarecida

[19] Os *indivíduos* aos quais se refere a Dra. Zausner são os pesquisadores que publicaram a experiência de transferência de citoplasma, na revista *Human Reproduction,* entre eles, Jacques Cohen, participante do II Simpósio Internacional – Novos Desenvolvimentos em Reprodução Assistida – realizado em 25 e 26 de maio de 2001, em São Paulo e organizado pela Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana – Roger Abdelmassih. Nesse simpósio, participaram também o Dr. Robert Edwards ("pai" da primeira bebê de proveta), Dr. Peter Nagy (um dos pesquisadores que desenvolveu a ICSI e diretor científico da clínica Roger Abdelmassih). Estes especialistas, e os Drs. Abdelmassih e Sherman Silber, participaram de entrevista coletiva, defendendo a idoneidade de Cohen e manifestando seu desafio de "convencer o público, e, principalmente, as autoridades de que são seguros os procedimentos que, em alguns países, já são corriqueiramente empregados no auxílio à reprodução humana" (FSP, 26/05/2001, p. A17). Uma foto desse simpósio é exposta no catálogo da clínica Roger Abdelmassih, com a legenda "Pesquisa básica e ensino: uma escola em reprodução".

e livre sua participação nos experimentos[20]. No caso da RA, cada clínica é responsável por elaborar seu próprio consentimento informado, seguindo aspectos que constam na resolução do CFM. Porém, não existe um sistema de auditoria, o que dificulta verificar se esse requisito vem sendo efetivamente cumprido e em que termos[21].

O Dr Abdelmassih se refere à assinatura de um documento por parte do casal, que manifestaria estar ciente de uma possível *contaminação* com o DNA da doadora. Entretanto, como pode um casal tomar uma decisão informada e esclarecida, quando os médicos também desconhecem as implicações desse procedimento? Os médicos especialistas são, simultaneamente, autoridade científica do campo e mediadores dessas "escolhas", podendo influenciar qualquer decisão.

Observamos que o consentimento informado tem dupla função. Além de ser uma norma ética para proteger as/os participantes dos riscos de qualquer pesquisa e/ou tratamento, constitui um mecanismo de proteção da clínica ou do profissional médico, como indicado pelo advogado neste evento. A RED também explicita esta dupla função. O consentimento seria uma garantia de que as pessoas tenham informação e compreendam os procedimentos aos quais se submetem, mas também é um instrumento de proteção para os profissionais, no sentido de poderem comprovar que as pessoas foram informadas em relação aos custos, benefícios e dificuldades do processo.

As preocupações acerca da transferência de citoplasma também foram divulgadas na cobertura do evento pela *Folha de S.Paulo.* Todavia, os comentários sobre os riscos da presença de informação genética de pai, mãe e doadora ficaram ofuscados pela assertividade, convicção e autoridade do *expert*:

> *Para o médico Roger Abdelmassih, especialista em reprodução e pioneiro no uso da técnica no país, a transferência de citoplasma não traz riscos à saúde do bebê. Ele afirma que cerca de 50 crianças já nasceram por meio dessa técnica em sua clínica, e 'todas elas são absolutamente normais'.* (FSP, 27/08/2001, p. C7).

O Dr. Lopes (2001, 2002), na sua constante preocupação por *devolver* às mulheres a capacidade de engravidar em idade avançada, analisa, no Boletim da SBRH, a transferência de citoplasma[22]. Esta seria uma estratégia para diminuir as chances de aberrações cromossômicas, principal razão para o insucesso procriativo de mulheres de mais de 40 anos. Manifesta suas dúvidas acerca de se não se estaria produzindo, mediante esta técnica, um organismo geneticamente modificado (OGM). Do ponto de vista legal, observa que esse método –mesmo que seja uma

[20] O uso do consentimento informado é recomendado por Resolução do CFM No. 1358/92, que em termos éticos se refere à Resolução No. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Por tal resolução se determinou o conteúdo e os requisitos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que deve ser avaliado por um comitê de ética em pesquisa, que decide se o termo é adequado. Sobre a Resolução No. 196/96 Cf. Hardy, Bento e Osis, 2002; sobre o uso do consentimento informado na RA Cf. Menegon (2003).

[21] Informação proporcionada por Vera Mincoff Menegon, comunicação pessoal.

chance para as mulheres que não aceitam a ovodoação (seu programa bandeira)– poderia ser enquadrado na Lei No.8.974, da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), que trata dos OGM e penaliza, com reclusão de um a cinco anos, a manipulação genética de células germinais humanas (Lopes, 2001).

Esta discussão é ilustrativa de várias questões colocadas anteriormente, uma vez que nela se concentra uma série de questões desse campo, relativas à falta de regulação externa no uso de técnicas de caráter experimental, ao uso de centros de RA como laboratório para produção de pesquisa básica, às dinâmicas de poder entre os especialistas, às questões bioéticas ligadas ao uso de técnicas experimentais, à análise de riscos e à modificação de estruturas genéticas e, finalmente, ao reflexo e apropriação destas discussões pela mídia. É importante insistir que a publicação de parte deste debate pela *Folha de S.Paulo* não reflete nem a gravidade do assunto, tampouco a grande fratura no grêmio de especialistas, particularmente ao redor desse assunto.

A presença dos laboratórios farmacêuticos, que produzem medicamentos para RA, e da indústria de equipamentos médicos no V Congresso trouxe novas inquietações para esta pesquisa. Esta relação, assim como observações sobre o material publicitário de medicamentos para RA são objeto de análise da IV parte.

I Jornada de Psicologia e Reprodução Assistida

Alguns meses após realizado o V Congresso Brasileiro de RA, realizou-se, em São Paulo, no dia 01 de dezembro de 2001, a I Jornada de Psicologia e Reprodução Assistida, organizada pelo diretor da SBRA em associação com a psicóloga de uma clínica privada de RA.

As mesas redondas deste evento abordaram temáticas relativas à doação de gametas; à infertilidade por HIV e câncer; aos aspectos psíquicos envolvidos no tratamento, particularmente com relação à redução embrionária e ao insucesso das tentativas; à intervenção psicológica nos processos de RA, finalizando com uma mesa que discutiu a atuação das psicólogas nos serviços públicos de RA. De forma inédita, esta Jornada congregou profissionais da psicologia, que partilharam experiências nesta área de atuação após mais de 15 anos da prática da RA ser iniciada no país. Este evento, realizado anualmente, está na sua terceira edição.

---

[22] Segundo Dr. Lopes, existem dois tipos de doação citoplasmática: no tipo I, uma pequena quantidade de citoplasma de um óvulo jovem é introduzida no óvulo de uma mulher mais velha. Presume-se que pouca ou nenhuma quantidade de DNA mitocondrial possa estar inclusa no material introduzido no óvulo receptor. No tipo II, o núcleo do óvulo da mulher mais velha é transferido para um óvulo jovem enucleado. Todo o citoplasma da doadora é usado, incorporando o DNA mitocondrial. Nesse caso, afirma, obrigatoriamente, haveria DNA de três origens (Lopes, 2001).

Durante essa Jornada observou-se em diversos momentos a delimitação, consolidação e legitimação de um campo de atuação específica para a intervenção psicológica na RA. Ainda que as normas do CFM não indiquem a participação de uma/um profissional da psicologia na equipe básica dos centros de RA, na maioria das páginas eletrônicas destes serviços se anuncia apoio psicológico durante o *tratamento*. Geralmente, são psicólogas que trabalham em parceria com as clínicas, mas não fazem parte da equipe básica. Em entrevista com especialista deste campo, soubemos que muitos dos casais ou mulheres consultantes desses centros já fazem algum tipo de psicoterapia previamente. A atuação psicológica na RA, discutida durante esta reunião, traz aspectos específicos relativos tanto às questões a serem tratadas, quanto ao formato de intervenção.

Neste evento foi introduzido um grupo específico para uso das NTRc: pessoas com diagnóstico de câncer, assim como as mulheres soropositivas para HIV-Aids, doenças que, além de colocarem a morte em eminência, suscitam o desejo de continuidade destas pessoas. Além dos aspectos ligados à perda da saúde, as mulheres soropositivas se encontrariam numa situação de infertilidade por *decreto*, ao ser indicado o uso de preservativo em todas as relações sexuais; para as que se submeteram a tratamento de câncer. a infertilidade aparece como efeito secundário da radio e quimioterapia. Regulamente, o tratamento médico e psicológico convencional, nesses casos, não considera o futuro reprodutivo das/os pacientes que não têm filhos. Nessas circunstâncias, as profissionais da psicologia destacam a relevância do acesso aos serviços de RA nesses grupos.

A solicitação de RA em pacientes HIV positivas coloca os médicos ante um dilema ético. Em consulta ao CREMESP (No.4.976/97) sobre essa questão, o parecerista considera que, embora o respeito à autonomia seja indiscutível, assim como o desejo de perpetuar-se ou de procurar uma nova motivação existencial, nesses casos, teria que ser considerado o risco de contaminação para a criança, principalmente o risco desta ficar órfã "a partir da tenra idade", dada a curta expectativa de vida para da mãe. Em função dessas considerações, o pedido de RA para mulher portadora de HIV foi negado[23]. Se o parecer do CREMESP centrou-se no princípio que protege a criança, as discussões ocorridas na jornada privilegiaram o direito de reprodução destas mulheres.

Sobre da infertilidade causada pela quimio e radioterapia o Dr. Edson Borges, diretor da SBRA e o Dr. José G. Franco Júnior, presentes na Jornada, manifestaram a pertinência do debate, dada a alta ocorrência de câncer em pessoas jovens, sem prole, colocando a necessidade de um trabalho conjunto entre profissionais de oncologia e reprodução humana. Tanto a Jornada, como a imprensa discutiram a necessidade de preservar o futuro reprodutivo das/dos pacientes antes da iniciação de tratamentos que possam ocasionar infertilidade. Psicólogas e médicos afirmaram a

[23] Não encontramos consultas ou pareceres mais recentes sobre esta questão, que pode ter mudado mediante o aumento da sobrevida com o uso de medicamentos.

importância dos serviços de oncologia adotarem um protocolo de criopreservação de gametas para homens e mulheres, o que abre mais um campo de atuação para os profissionais da RA.

No caminho das pedras: a intervenção psicológica na Reprodução Assistida

O atendimento psicológico no campo da RA visa identificar e classificar os fatores de risco emocional que poderiam dificultar a intervenção médico-técnica, assim como *tranqüilizar* as pacientes para melhorar a performance das técnicas. Nos últimos vinte anos surgiram os primeiros profissionais em aconselhamento em RA, que tinham como função curar a *neurose* que causava a infertilidade. Não obstante, o objetivo da intervenção psicológica mudaria de rumo ao oferecer, atualmente, suporte à crise desencadeada pela infertilidade, assim como proporcionar o acolhimento do casal durante a RA.

Na Jornada foram discutidas formas de prestação de serviços psicológicos ou de parcerias possíveis com as equipes médicas. Como exemplo, foi apresentado o trabalho desenvolvido por SARAH (Serviço de Assistência à Reprodução Humana), uma espécie de prestadora de serviços psicológicos específicos terceirizados[24]. Este sistema supõe acordos prévios acerca das formas de atuação com as clínicas com as que têm parceria. Conhecimentos específicos, por parte destas profissionais –tipo de *tratamento*, medicação, etc.– seriam fundamentais, uma vez que uma abordagem educacional traria conforto e tranqüilidade para as pacientes.

Foi exibido um vídeo realizado por SARAH, com o apoio de *Serono*, no qual se apresentam depoimentos de casais que ressaltam a importância do apoio psicológico durante o processo de RA. Salientamos ainda que os depoimentos correspondem a *tratamentos* bem sucedidos, que exibem os casais com as crianças no colo, obtidas mediante esses procedimentos.

> *... eu acho importantes essas ligações* [telefônicas da psicóloga] *porque o equilíbrio que ela dá pra uma mulher que deseja um filho .... é diferente a voz dela, a palavra dela para meu marido do que a minha palavra. Porque você falando parece que você não tem credibilidade quando você fala é assim, é difícil. É como se a mãe pegasse um filho no colo... é essa tranqüilidade. Eu desligo o telefone e eu fico feliz, eu fico com esperanças: não, eu vou conseguir... porque é uma espera que parece uma eternidade. Você vê uma mãe com uma criança, você vê uma telenovela, você vê um parto e você chora. Você tem a emoção à flor da pele. Se você se sentir abandonada as esperanças vão minguando. Abandonada, digo se ninguém te liga, se ninguém te dá uma atenção ... você fica achando que você é um paciente a mais. Mas lá é diferente, você não é um numero a mais dentro da clínica, são pessoas... Essa palavra realmente, ela ajuda demais e isso que você sabe que muitas pessoas que estavam assim como eu estou, hoje estão felizes... e eu sei que vou conseguir, eu preciso dessa motivação, desse apoio...*

[24] SARAH é responsável pela assistência em saúde mental do Centro de Medicina Reprodutiva Huntington/Brasil (com sedes em São Paulo, Curitiba, Rio de Janeiro e Vitória) e do Centro de Reprodução Assistida do Hospital Santa Joana.

...para mim também foi fundamental, porque eu mesmo, depois de dois anos tentando e não dando certo, entrei em uma fase de depressão. Tanto é que na primeira sessão [com a psicóloga] *chorei 40 minutos seguidos com uma pessoa de fora, que não é que nem um amigo que você sabe que vai dizer: não, tá certo, com certeza que vai dar certo... O terapeuta te diz: pode ser que dei certo, pode ser que não; e ela mostra o caminho das pedras...*

Esses depoimentos visam justificar a intervenção psicológica nesses casos, em função da dor emocional que suscita tanto o diagnóstico de infertilidade quanto as expectativas e frustrações dos procedimentos de RA. O tipo de apoio psicológico oferecido se mostra um pouco diferente da intervenção psicológica mais tradicional, restrita ao consultório. Nesses casos, há uma presença mais permanente da psicóloga durante o processo, fazendo com que essas pessoas sintam que recebem um tratamento diferenciado e especial.

Discutiu-se também que a RA não deve ser compreendida somente como um processo biológico, mas como a possibilidade de concretizar o sonho da maternidade/paternidade, na que está em jogo o desejo e a frustração do mesmo. A intervenção psicológica também seria indicada desde o momento do diagnóstico de infertilidade, por ser um evento que abalaria a imagem das pessoas; gerador de sentimentos de inferioridade, incapacidade, frustração e culpa. Em conseqüência, a imagem de si ficaria diminuída, gerando problemas de auto-estima ou desencadeando, em alguns casos, desejos obsessivos por um filho, que requereriam intervenção psicológica e, às vezes, psiquiátrica. Todavia, há outras situações derivadas do processo de RA que abalariam emocionalmente a mulher e/ou casal, tais como a redução embrionária e a ovo-doação.

Um dos assuntos mais polêmicos nos debates sobre ética e RA está relacionado com a redução embrionária. Este procedimento, proibido no Brasil, é comparado freqüentemente com o aborto, uma vez que se trata da interrupção intencional do desenvolvimento de um embrião. A questão, para alguns, é paradoxal, uma vez que a mulher, em busca de realizar seu desejo de maternidade, deve enfrentar a interrupção do desenvolvimento de um ou vários embriões. À falta de um, acaba tendo que optar pela redução do possível excesso de filhos.

Na Jornada de psicologia, as preocupações com a redução embrionária estão orientadas ao manejo da decisão e ao processo emocional de resolução posterior. Foram narrados casos acerca das dificuldades dos casais, mais especialmente das mulheres, para fazer um tipo de "escolha de Sofia", assim como para elaborar o luto pelo "filho abortado".

As tecnologias de diagnóstico pré-natal e, especialmente, de diagnóstico pré-implantacional estariam contribuindo para uma tomada de decisão, cada vez mais precoce, com relação à gravidez. O que resulta interessante é como a redução embrionária se configura sob uma forma retórica que, ainda com seus paralelos com o aborto voluntário, parece ser menos estigmatizada. Embora a decisão no caso da redução embrionária seja, em princípio, da mulher e/ou casal, também envolve a

equipe de profissionais, que pode recomendar sua realização para preservar sua façanha: o nascimento de um filho. Nesse caso, seria uma decisão partilhada, amenizada e respaldada pela autoridade científica da equipe que teria contribuído à gestação, na procura de condições que permitam a sobrevivência e bem-estar do filho. Essa perspectiva estaria sendo negada para a mulher que, em outras condições, opta voluntariamente por um aborto em função, por exemplo, da sua avaliação íntima e individual de não possuir as condições que garantam uma qualidade de vida para a criança que viria nascer.

Outra perspectiva de análise acerca do debate em torno da gestação múltipla e da redução embrionária indica que este é dissociado de uma discussão sobre a eficácia e os limites das NTRc, uma vez que a redução é conseqüência da superprodução de embriões (Corrêa e Diniz, 2000). Este enfoque, efetivamente, esteve ausente durante a Jornada. As preocupações do grupo de psicólogas estiveram orientadas ao manejo das situações, mas não ao questionamento sobre sua origem ou à possibilidade de serem evitadas.

De forma semelhante, a discussão sobre ovo-doação, entre estas profissionais, colocou em evidência o quanto de nova é esta experiência no país, sobre a qual não se tem desenvolvido muitas reflexões. Segundo as psicólogas, a ansiedade das mulheres receptoras pode ser equiparada à ansiedade presente na adoção de crianças. As dúvidas sobre as características físicas, emocionais, sociais e de saúde da doadora de óvulos são recorrentes e geram ambigüidades na hora da decisão, ao que se somam temores quanto à aceitação da criança após o nascimento[25]. Também parece ser freqüente que algumas mulheres façam uma "negação intensa do processo" ao considerarem que, após a gravidez, a origem do óvulo seria esquecida e não teria nenhuma importância na relação posterior com a criança.

Na visão de algumas destas psicólogas, as maiores dúvidas para recorrer à ovo-doação estariam entre as mulheres, enquanto que os homens acabariam tomando efetivamente a decisão, porque se "deixam nas mãos da mulher, naquela ambigüidade, não consegue. Eles têm uma coisa muito real." É possível que esta postura não esteja associada a uma "questão de gênero" e sim a uma "questão de genes", que favoreceria uma maior disposição à aceitação de doação de gametas por parte do/a parceiro/a que terá continuidade genética. Isto é, no caso da ovo-doação, o óvulo doado é inseminado com o sêmen do marido, o que acaba gerando uma *continuidade* genética dele e não da mulher receptora, situação que possivelmente o disporia mais facilmente a aceitar esse procedimento.

[25] Chama a atenção que, quando se fala de doação de sêmen, a escolha do doador se orienta, principalmente, por características físicas e habilidades corporais e intelectuais, sem referência ao "jeito de ser" do doador, nem aos temores de uma possível rejeição por parte da mãe, como aparece mencionado no caso da ovo-doação.

A origem da criança gerada mediante ovo-doação é freqüentemente um segredo do casal, muitas vezes não partilhado com outras pessoas. Segundo as psicólogas, existe uma espécie de ciúme da doadora por se tratar do filho do marido com *outra* mulher. Este tipo de marginalização da receptora no processo, dada a ausência de vínculo genético com a criança, também é manifestado no temor do filho ficar com o pai em caso de separação, por considerar que o filho seria "mais" dele. Para as psicólogas, no caso de doação de sêmen existe uma mitificação do terceiro –seja o doador, o médico ou a tecnologia–, uma vez que o parceiro não se sentiria co-protagonista do ato fecundante [26].

As psicólogas participantes se mostraram favoráveis à implementação de serviços de ovo-doação nas clínicas de RA, mas alertam para a necessidade de elaborar protocolos específicos de avaliação psicológica de doadoras e receptoras, de acordo com a realidade nacional. Esse tipo de serviço, no seu entender, deveria contar com a participação de um/uma profissional em saúde mental, com experiência clínica em RA, cuja função seria avaliar as condições mentais do casal para assimilar sem conflito esta experiência, assim como acompanhar o caso até a primeira infância do filho nascido por este método.

Se durante a jornada de psicologia e RA estava em pauta a esterilidade causada por tratamentos de quimo e radioterapia, também foram feitas considerações, ainda que de forma marginal, sobre a ocorrência de câncer de ovário decorrente do uso de medicamentos para estimulação de ovulação. O Dr. Franco Júnior comentou que as estatísticas sobre o assunto não são conclusivas, porque ainda não transcorreu o tempo suficiente para avaliar, de maneira confiável, as conseqüências nestas pacientes a longo prazo. Por outro lado, diz este especialista, as conseqüências desses medicamentos sobre as próximas gerações não são conhecidas, pois as crianças nascidas mediante técnicas de RA ainda não se reproduziram. Entretanto, anota, as psicólogas podem continuar *tranqüilizando* as pacientes acerca dessas questões, enquanto não se tenham dados mais conclusivos [27].

A conferência de abertura da I Jornada de psicologia em RA: Síndrome de Estresse por Reprodução Assistida (SERA), a cargo do Dr. J.G. Franco Júnior, foi proferida também no V Congresso Brasileiro de RA. Este especialista se propôs divulgar os resultados de pesquisa realizada na sua clínica, uma das principais do interior de São Paulo, cujo objetivo foi a elaboração de uma escala para identificar e classificar o nível de estresse, do normal ao patológico, visando o desenho de um protocolo de atendimento específico para cada um dos níveis detectados. Durante a Jornada,

[26] Algumas reflexões acerca desta espécie de *adultério tecnológico* são abordadas na parte IV.

[27] Note-se que a preocupação deste especialista com os riscos da RA foram minimizados na mídia ao ser indagado, segundo a *Folha de S.Paulo*, sobre a infertilidade das crianças nascidas por ICSI (FSP, 20/02/2003, Folha Equilíbrio) Cf. p.74.

o médico explicou o procedimento de elaboração da escala. O resultado, como diz esse especialista, mais intuitivo do que um instrumento psicométrico válido e confiável, indicou que as mulheres são muito mais estressadas que os homens com relação à infertilidade: "A natureza fez com que elas tivessem, entre aspas, a responsabilidade de gerar o filho, então, logicamente, acabam sofrendo mais por isso." O médico recomendou às psicólogas fazer uso de seu *test* para identificar, realmente, quem precisa intervenção psicológica.

O mesmo médico afirmou que o apóio psicológico poderia ajudar na performance da técnica, "numa intensidade máxima de 50%". Por esse motivo seria necessário fazer parceria com psicólogas especializadas nessa área, pois, "às vezes, a psicóloga comum não sabe disso, ela vai falar abobrinha, ela vai-me atrapalhar."

Serviços públicos e privados de Reprodução Assistida

Como já mencionado, as reflexões durante esta Jornada tiveram como foco responder à demanda do manejo dos problemas emocionais associados à ausência involuntária de filhos e às intervenções da RA. As preocupações de caráter ético e social, decorrentes do uso dessas tecnologias, não estiveram na pauta de discussão, assim como poucas referências foram feitas acerca do contexto social em que surge o desejo de maternidade. Este é naturalizado, na maioria dos casos, sob uma perspectiva psicanalítica que compreende o desejo de filho como um evento esperado no amadurecimento psíquico de cada pessoa.

No entanto, o desejo de filho foi considerado numa perspectiva diferente por uma das psicólogas que atua no serviço público de RA. Na tentativa de compreender estas usuárias, a psicóloga questiona esse tipo de desejo, que leva as pacientes a se submeterem a uma longa lista de espera, a intermináveis avaliações e adversidades presentes num hospital-escola, muitas vezes, chegando ao desespero por não conseguirem o desejado filho, mas, mesmo assim, perseverar[28].

Para esta psicóloga, o grupo de usuárias dos serviços públicos de RA possuem características bem diferentes das usuárias dos serviços privados, majoritariamente citadas durante a Jornada. Estas mulheres se concentrariam unicamente na espera de serem chamadas para iniciar o processo de RA, muitas vezes, abandonando atividades profissionais, estudo, etc.; como se suas vidas parassem em função da mera possibilidade de *tratamento*. A psicóloga interpreta que o desejo de ter um filho não necessariamente é delas, mas dos maridos. Comenta uma cena presenciada na sala do serviço social do hospital: uma mulher chorava angustiada pelo prolongado tempo de espera

[28] No caso dos hospitais públicos, os serviços podem ser suspensos temporariamente por falta de medicamentos, aparelhos quebrados, falta de profissionais necessários na equipe, trâmites altamente burocráticos, entre outros. Fazer um *tratamento* longo, como o da infertilidade, na estrutura organizativa dos serviços públicos, certamente pode demandar muito tempo e disposição.

na lista das pacientes a serem chamadas para iniciar o processo de RA, que prenunciava uma possível separação do marido. No fundo, afirmou a psicóloga, o temor manifestado era em relação a como manter seu casamento, pois seu marido lhe demandava filhos e a pressionava por esse motivo. Essa profissional identificou entre estas mulheres uma ameaça, ora explícita, ora velada, de serem abandonadas por seus parceiros caso não engravidassem.

Nesse contexto, ela questiona o lugar do filho para esse casal e o papel da instituição, "objeto de transferência", onde, no imaginário da população, estão os melhores especialistas e "tudo é possível". Essa perspectiva trouxe à tona o fato de que as preocupações discutidas durante a Jornada estavam ligadas às usuárias de serviços privados, e ao fato de estarem centradas nas preocupações sobre a mulher ou o casal em termos das dificuldades, ansiedades, medos, fantasias, mas não tinham sido projetadas sobre as crianças, tampouco questionavam o desejo do filho biológico, uma vez que ele é naturalizado, chegando a ser normatizado.

No debate dessa questão, algumas profissionais afirmaram que, efetivamente, existiriam diferenças entre as usuárias de serviços públicos e privados, pois seus padrões de relacionamento conjugal seriam diferentes. Nas classes populares, observa uma das psicólogas, os homens teriam "ainda um papel extremamente arcaico: ele é ainda o que manda, a palavra dele é a que vale e ele tem que ter filho (...). O casamento (...) tem esse colorido [o filho]." Para outra psicóloga, falar de desejo de filho implica em falar de estruturas universais, assim, o significado psíquico não seria perpassado pelas diferenças sociais.

Se pensarmos em termos de diferenças sociais, encontramos que, de fato, elas operam no tipo de atendimento e acesso às tecnologias reprodutivas. As técnicas que vão se tornando *tradicionais* –coito programado, IA e FIV– estão disponíveis ou são oferecidas mais freqüentemente nos serviços públicos. As mais sofisticadas, que demandam tecnologias e equipes mais especializadas que acrescentam custo, são oferecidas quase que exclusivamente em centros privados, seguindo a dinâmica de introdução das inovações biomédicas assinalada anteriormente.

No serviço público, no qual atua um dos nossos entrevistados, a técnica utilizada de maior complexidade é a FIV, usando os gametas do próprio casal. Não se cogita a possibilidade de implementar serviços de doação de sêmen, óvulos ou de embriões, porque, além de requer uma infra-estrutura mais sofisticada, o diretor desse serviço considera que outras modalidades técnicas só contribuiriam para a procura obstinada de filho. Este profissional também questiona as motivações que levam as pessoas a se submeterem a tantos e tão complexos procedimentos na procura de um filho, mostrando-se partidário de indicar a adoção de crianças quando um procedimento mais simples não dá certo.

Os serviços públicos, no geral, também restringem os *tratamentos* a casais estáveis, alguns colocam limite de idade para a mulher e estabelecem previamente um número de tentativas, quando são afastadas do programa. Nos serviços privados não existem estas restrições; o número de tentativas é limitado às condições de pagamento do casal ou da mulher. Algumas clínicas privadas oferecem pacotes: fazem três tentativas pelo preço de duas, independentemente da técnica usada e sem direito à devolução de dinheiro, caso a gravidez aconteça e chegue a termo na primeira tentativa.

O lugar do filho talvez seja diferente para as usuárias de um e outro serviço, uma vez que as causas de infertilidade também poderiam ser diferentes. Não encontramos pesquisas bem documentadas acerca do perfil de usuárias de serviços de RA, especialmente dos centros privados[29]. As propagandas de RA, os meios em que são veiculadas, os casos reportados na mídia e nos manuais, os custos dos procedimentos e a visita a algumas clínicas levam a crer que as mulheres usuárias de serviços privados seriam, predominantemente, profissionais liberais que adiaram a maternidade em função de projetos profissionais e econômicos.

Chama atenção, também, que a procura de novas tecnologias ou o aprimoramento das existentes, tem como preocupação principal melhorar a baixa fecundidade ou a infertilidade ocasionada pelo aumento da idade da mulher, questão reiterativa na literatura médica sobre RA. A procura de novas técnicas –como a ovo-doação, o rejuvenescimento de óvulos mediante troca de citoplasma ou de núcleo– ou a introdução de tecnologias complementares –como o PGD– responde às demandas das mulheres *modernas* que adiam a maternidade em função de projetos profissionais e econômicos.

Em contraste, a infertilidade das usuárias dos serviços públicos de RA, segundo os trabalhos de Barbosa (1999, 2000) e Ferreira (1998), é decorrente das deficiências do sistema de atenção básica à saúde. Isto é, da infertilidade ocasionada por laqueaduras em mulheres jovens, que optaram por esse método na falta de disponibilidade de outras formas mais eficientes de contracepção[30]. Em muitos casos, a infertilidade é causada por infecções do trato reprodutivo, resultantes de um atendimento inadequado, tanto das doenças sexualmente transmissíveis, como do aborto (Arilha, 1996).

Não obstante, é preciso ter cautela com essas caracterizações. O perfil das usuárias dos serviços públicos de RA não necessariamente corresponde a uma população desinformada, tampouco desprovida de recursos econômicos ou de acesso a serviços básicos de saúde. Em muitos

[29] O diretor da SBRA manifestou seu interesse em traçar esse perfil, mas aponta as dificuldades, uma vez que essa empreitada depende da disponibilidade das clínicas para proporcionar informação.
[30] Na análise feita de 144 casos atendidos num centro de RA do Ceará, a laqueadura e a vasectomia aparecem como causa de infertilidade em 20.89% dos casais (Câmara et al, 1999).

casos, trata-se de pessoas com educação média ou superior e com bom nível de rendimentos –características que as distanciaria do perfil de usuárias da rede pública– que, no entanto, não conseguem pagar os altos custos das clínicas privadas ou das várias tentativas de RA a serem realizadas para, efetivamente, *ter um bebê em casa* [31]. Em pesquisa realizada no programa de Reprodução Humana Assistida da Unicamp, que coletou as características sócio-demográficas dos casais participantes entre os anos de 1995 a 1996, encontrou-se casais com bom nível de escolaridade (53.5% das mulheres e 60% dos homens tinham segundo grau e educação superior) e de ingressos econômicos. A renda familiar média foi de US$1.212 (a mínima de US$107 e a máxima de US$4.470), pouco mais da metade (51.9%) tinha renda entre US$301 e US$900, (Gabiatti, 1997).

Segundo um dos especialistas entrevistados, as pessoas muito pobres não consultam por infertilidade, e a muitas delas "nem se lhes ocorre que possam ir ao médico por isso". Cogitamos, também, que as pessoas com menor nível educativo proporcionam menos poder ao mundo médico-tecnológico, dando-lhe poucas chances para mostrar sua efetividade. O médico entrevistado afirmou que algumas/ns pacientes chegam ao ambulatório de infertilidade solicitando a troca de medicamento porque o anterior não deu certo. Como se o *tratamento* para ter filho fosse análogo à forma de evitá-los, mediante o uso de uma pílula ou uma injeção.

Fernandes e Bahamondes (1995), em pesquisa no ambulatório de infertilidade da Unicamp e da Puccamp, apontam que a taxa de abandono, entre 1980 e 1992, foi de 65.6%, dos quais 68.4% o fizeram após a primeira consulta. Entre os motivos, afirma-se o fato de alguns terem filhos, da dificuldade econômica para pagar os vários deslocamentos que esse processo demanda e o fato desses procedimentos serem altamente dispendiosos e invasivos. Os autores indicam também que os casais não estariam motivados para persistir em tratamentos com um período de avaliação muito longo e com inúmeros testes. Indica-se, ainda, que muitas das mulheres com laqueadura prévia, pensam que a reversão desse procedimento é tão simples quanto a mesma laquedura. Quando confrontadas com procedimentos como a laparoscopia, a realização do espermograma do parceiro e com a realidade de sucesso da reversão, decidem abandonar o serviço.

Um outro fator a ser considerado na caracterização das usuárias de serviços públicos de RA se refere à dinâmica particular destes serviços no país. Alguns fornecem os medicamentos e outros não –o que faz grande diferença, pois este é um dos principais itens que determinam o alto custo

[31] Em média, o valor de cada ciclo em serviços privados é de dez a doze mil reais (entre US$3.100 a US$3.726). Não encontramos dados sobre o número médio de tentativas realizadas. No entanto, os programas de financiamento que oferecem algumas clínicas, assim como os relatos de Collucci (2000), indicam que, de fato, se fazem várias tentativas. Geralmente, inicia-se com técnicas consideradas mais simples como coito programado e inseminação artificial, passando, posteriormente, à FIV e ICSI. Cada uma dessas técnicas pode ser repetida mais de uma vez.

desse tipo de intervenção. Por outro lado, segundo um dos entrevistados, o regime de contratação em alguns hospitais públicos permite que os médicos possam fazer consultas privadas no mesmo local. Para este especialista, o problema está na organização do sistema público para o atendimento privado. Assim, há dois tipos de população, bastante diferenciadas em função do pagamento do atendimento recebido, embora sejam atendidas no mesmo hospital público. Um desses serviços, por exemplo, indica formas diferenciadas para encaminhar e agendar as/os usuárias/os do SUS ou de convênios de saúde privados e pacientes particulares. Os telefones e horários para solicitar informação são diferentes e o atendimento particular dispõe de um *site* na internet.

O filho virtual

Um dos temas recorrentes na jornada de psicologia foi o filho *virtual* ou *psíquico,* criado pelas mulheres e/ou casais antes ou durante a realização do processo de RA. A intervenção médico-tecnológica constituiria uma tentativa de "materialização do sonho". Segundo as discussões, no momento de fazer a transferência embrionária para o útero, algumas mulheres chegam a dar nome aos embriões transferidos, questão que se complica ao receberem o resultado de uma prova de gravidez negativa, equiparada ao *óbito de um sonho*. A criação desse filho psíquico, imaginado, e possível através da tecnologia ofuscaria na mulher e/ou casal a consciência da baixa taxa de sucesso da RA, normalmente da ordem de 25% ou 30% por tentativa, que implica uma probabilidade de 70 a 75% de insucesso.

Segundo o Dr. Franco Júnior, as falsas expectativas seriam reforçadas por reportagens de revistas que publicam coisas do tipo "9 de cada 10 pais têm filhos", formulação corriqueiramente utilizada na propaganda.[32] Afirma, ainda, que a procura desesperada por esse filho leva os casais a buscarem não um médico, mas um Deus que ressuscite seu sonho; essa busca é aproveitada por alguns especialistas que, de fato, assumem tal postura, divulgando os nomes dos protagonistas de suas façanhas. No entanto, o médico admite que sua clínica tornou-se conhecida após o nascimento de trigêmeos de um conhecido casal de apresentadores de televisão.

Na opinião de uma das psicólogas, do ponto de visto médico não existe a não fecundação dada a possibilidade técnica de juntar óvulo e espermatozóide, sendo o mais problemático a implantação. Se os urologistas e a geneticista indicaram, durante o V Congresso, os problemas na implantação por deficiências genéticas, como um mecanismo de seleção natural; as psicólogas consideram que as repetidas falhas nessa parte do processo podem estar permeadas por fatores emocionais envolvidos no desejo de filho. Foram assinalados também outros aspectos emocionais

[32] O médico faz referência à manchete da reportagem de capa da Revista *Veja*: "Tudo por um filho. Nove em cada dez casais brasileiros inférteis conseguem ter filho com a ajuda da medicina." (*Veja*, 09/05/ 2001).

ou comportamentais que bloqueiam o sucesso do tratamento, geralmente ignorados pela equipe médica, como as disfunções sexuais.

A criação do *filho virtual* representa um aspecto de grande importância na configuração e expansão do campo da RA. Interessa-nos indagar outros mecanismos, além da mídia, através do quais ele é criado, questão desenvolvida na III parte.

Considerações acerca das reuniões de especialistas

As discussões do V Congresso apresentaram posições divergentes entre as/os especialistas médicos sobre as diversas técnicas de RA. Profissionais desse campo, amplamente conhecidos e com presença constante na mídia, são questionados ao oferecer procedimentos ou técnicas sobre as quais ainda pairam incertezas. O valor ético deste tipo de procedimento é colocado em questão, ainda que por poucos e dentro dos jogos de poder da atuação profissional.

Na cobertura deste evento pela *Folha de S.Paulo,* não há referências à discussão acerca do uso generalizado da ICSI, presente em várias mesas do V Congresso. A ausência desse debate na imprensa toca dois pontos essenciais: a falta de menção aos riscos associados ao uso das técnicas de RA e a exibição de um campo aparentemente entusiasta e consensual no uso das novidades tecnológicas. É possível que esse fenômeno esteja ligado ao grupo de especialistas constantemente consultado, envolvidos num jogo de poder e conveniência, observado durante o evento.

A discussão sobre a ICSI é emblemática para as implicações sociais das NTRc. Originalmente desenhada para tratar a infertilidade masculina, essa técnica extrapolou a intenção inicial de sua utilização, transformando-se num mecanismo padrão de sofisticação e entusiasmo tecnológico, com resultados genéticos, sociais e culturais que não podem ser previstos com a informação atual. A RA é um campo de aplicação tecnológica com conseqüências não só imprevistas como imprevisíveis.

Essa questão remete aos pressupostos epistemológicos e ético-filosóficos que fundamentam e definem a natureza dos riscos e benefícios; os valores que perpassam o debate ético sobre o desenvolvimento científico e tecnológico aplicado à produção da vida que podem ser agrupados em três grandes tendências. A vertente Situacionista, cuja premissa fundamental é *tudo o que pode ser feito, deve ser feito*. Entre os partidários desta tendência estão os entusiastas das descobertas científicas, suas variações e suas possíveis e reais aplicações, nas quais uma *ética a posteriori* adquire um caráter instrumental. Outra vertente, a Moderantista, propõe maior cautela no avanço científico, procurando avaliar riscos e benefícios das descobertas e sua premissa é *tudo o que pode ser feito, deve ser regulamentado tendo em vista riscos e benefícios.* A última vertente, chamada de Oposicionista, procura uma avaliação que vai além dos riscos e benefícios, colocando questões ao

redor do direito e as implicações sobre a alteração de futuras gerações e sua premissa está assim postulada: *o que deve ser feito se antepõe ao que pode ser feito.* (Rotania, 2001b).

Podemos observar a co-existência das duas primeiras tendências nas discussões realizadas nos eventos que congregaram as áreas de intervenção médica e psicológica. É conveniente contrastar essas perspectivas, que legitimam a tecnologia reprodutiva frente às reivindicações de direitos do desenvolvimento e autonomia no acesso aos benefícios da tecnociência (Rotania, 2001a), com a perspectiva observada no evento que congregou pesquisadoras das NTRc nas ciências humanas e sociais[33].

Durante essa reunião, observamos uma preocupação, especialmente do grupo de pesquisadoras mais antigas, acerca da despolitização desse campo de análise. As pesquisas nas áreas de ciências sociais e humanas sobre RA, realizadas especialmente na segunda metade da década de 90, foram, na sua maioria, engajadas numa perspectiva da crítica feminista. A despolitização atual desse campo pode ser conseqüência do fato de partir do acesso às NTRc como um direito reprodutivo, de autonomia do acesso aos benefícios da tecno-ciência, sem ponderar os riscos da aplicação dessas tecnologias, não só para a saúde das mulheres, como também para a espécie humana. A discussão sobre o direito de acesso à RA resulta ser um ponto de "clássica controvérsia de prós e dos contras provocando acalorados debates, dissidências, lutas políticas e até mudanças" (Scavone, 1996, p.9).

O que interessa relevar é o contraste com as discussões no contexto de especialistas que fazem intervenção em RA. Enquanto que a politização desse campo, especialmente por via do questionamento dos riscos desses procedimentos, é o ponto de embate fundamental entre as pesquisadoras das ciências humanas e sociais, esses aspectos estiveram ausentes nas discussões entre os/as outros/as profissionais, com exceção dos/as especialistas médicos/as, que manifestaram uma postura crítica em relação ao uso excessivo de algumas dessas técnicas e os riscos que sua banalização acarretariam para as futuras gerações.

A preocupação das psicólogas parece centrada em como responder a um novo campo de atuação profissional. A maioria dos especialistas presentes no V Congresso alude à preocupação em adaptar a biologia da reprodução às demandas das mulheres e/ou casais modernos. Em relação aos riscos, a preocupação destes profissionais –excetuando o grupo mencionado– esteve mais orientada a como administrá-los do que questionar as técnicas ou o campo em si. Outra dimensão aparece ao ser ponderados os riscos que constituem possíveis ameaças à performance das técnicas de RA, à responsabilidade civil dos especialistas, assim como ao *engessamento* desse promissor campo de

[33] Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Questões e Desafios, debate organizado pelo Núcleo de Identidade de Gênero e Subjetividade (NIGS) da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 19 e 20 de março de 2003.

atuação no país. Nesse sentido, os projetos de lei, na perspectiva dos especialistas, são observados com receio por restringir os projetos de expansão desse campo.

Podemos anotar também algumas considerações gerais da Jornada de psicologia e RA. A mudança no enfoque da intervenção psicológica no contexto da infertilidade –da procura da neurose geradora da infertilidade à intervenção de suporte à crise desencadeada pela infertilidade e às ansiedades que podem obstaculizar o bom sucesso das técnicas– informa também o processo de biologização e medicalização na compreensão desse campo. A tecnologia torna-se o mecanismo, por excelência, para desvendar os mistérios da reprodução e revelar as causas "reais" da infertilidade. O sentido de real e verdadeiro é constituído por aquilo que pode ser visto, objetivável mediante sistemas tecnológicos altamente valorizados.

Na configuração de um novo campo de intervenção psicológica, encontramos também a legitimação dos serviços de RA. A infertilidade colocaria as pessoas à margem do que se espera delas socialmente. Desse modo, a ausência de filho seria geradora de pressão social e de sofrimento psíquico, o que justificaria o fato de se submeter ao processo de RA, que proporcionaria harmonia emocional às mulheres e/ou casais que não conseguem atingir o desejo de constituir uma família.

A família consangüínea, especialmente o modelo nuclear, não representa só um arranjo social. Mais do que isso, torna-se um valor, cuja constituição representa um privilégio. Quanto ao modelo de família, na perspectiva psicológica discutida nessa Jornada, parece não haver lugar para a chamada *produção independente*. As discussões estavam direcionadas para a necessidade da presença materna e paterna, que permitissem o desenvolvimento harmônico do filho. Sendo assim, a RA, pelo menos neste debate, continua a ser pensada dentro de formas tradicionais do conceito de família nuclear.

Nos dois eventos, particularmente na jornada de psicologia, identifica-se uma ideologia que perpassa nosso cotidiano, na qual é suficiente querer para atingir o que se deseja. O acesso às tecnologias reprodutivas é considerado como um direito para concretizar o desejo das pessoas inférteis. O que preocupa, ou se coloca em discussão em alguns segmentos da sociedade, é o crescimento vertiginoso da RA, tanto nos serviços públicos como privados. Na mídia e nos eventos analisados, encontra-se ausente da discussão o descompasso entre o crescimento da tecnologia reprodutiva no país e os serviços ainda precários no campo da saúde reprodutiva que, em alguns casos, poderiam evitar a infertilidade, mediante programas efetivos de prevenção e intervenção em cuidados básicos.

Arilha (1996) faz um interessante paralelo entre o crescimento da RA e o crescimento da contracepção no país, na década de 60 e 70. Nos dois casos, a autora aponta uma grande atuação do setor privado e a ausência do Estado e da sociedade em geral na regulação e fiscalização dessas

práticas. Ainda que Arilha considere o acesso às tecnologias disponíveis de RA como um direito, pondera que a proliferação de clínicas e hospitais não necessariamente implica benefícios para os direitos sexuais e reprodutivos da população. A falta de fiscalização destes centros pode levar a abusos, assim como ao submetimento a técnicas, muitas vezes experimentais, que ocasionam profundos desconfortos e alto desgaste emocional, em função de baixas taxas de sucesso.

Durante a Jornada de Psicologia, observou-se a percepção das pessoas que procuram RA como um grupo minoritário, com recursos pessoais e financeiros para ir "atrás de uma esperança, de um sonho, que para a maioria da população não faz sentido e eles são penalizados por isso." Em contraste, as colocações de uma psicóloga do serviço público, acerca das usuárias destes serviços, levam a considerar o convívio do Brasil "moderno e arcaico". Mesmo que a infertilidade possa atingir ricos e pobres, cada um destes segmentos sociais resolve de diferentes formas o imperativo social de ter filhos e se apropria, também de diferentes formas, dos recursos tecnológicos disponíveis, como é mostrado por Fonseca (2001), acerca do uso da prova de DNA em grupos carentes de Porto Alegre.

A infertilidade acaba sendo um problema de classe, pelo menos em relação à forma de resolvê-la. Embora existam serviços públicos gratuitos, com ou sem distribuição de medicamentos, parece que a infertilidade se configura como problema com possibilidades de ser contornado, médica e tecnologicamente, para um grupo de pessoas com mais acesso à informação. Embora a mídia, especialmente através das telenovelas, divulgue a informação e banalize a existência de diversas tecnologias, a compreensão das mesmas e de suas possibilidades é uma questão bastante complexa.

O Brasil não está muito distante do desenvolvimento tecnológico na área de RA. A tecnologia disponível atualmente no país nesse campo parece não estar desatualizada em relação aos países desenvolvidos. No entanto, um dos nossos entrevistados discorda em colocar o país num lugar de destaque, nem sequer no contexto Latino Americano. Para ele, fazer fertilização *in vitro* é como seguir uma *receita de cozinha*, enquanto se disponha da tecnologia necessária. Este especialista opina que os altos custos cobrados pelas clínicas, que deixariam um considerável lucro, permitem a compra de equipamentos de última geração e a implementação da tecnologia desenvolvida em países europeus e nos Estados Unidos. O lugar de vanguarda, no desenvolvimento científico, para ele, é definido pelo desenvolvimento de pesquisa, o que não aconteceria no Brasil.

Mesmo assim, é importante destacar que o campo da pesquisa biotecnológica não tem limites territoriais. Desde o surgimento da RA no Brasil existe uma circulação permanente de especialistas, como observado, especialmente na maior clínica do país, *importando* figuras reconhecidas no panorama internacional, que lhe permite figurar ao lado dos grandes centros e

pesquisas mundiais. Porém, é preciso perguntar qual o investimento do país em pesquisas desenvolvidas em parcerias com outros centros, além de colocar o material humano para experimentação.

É importante salientar que se os especialistas em RA (médicos e psicólogas) pensam a assistência à reprodução como um direito, para algumas estudiosas desse campo, este direito pode ser questionado em função dos interesses subjacentes à construção do desejo de ter um filho biológico, como tenta mostrar este trabalho.

No contexto dos serviços de RA, geralmente se apela ao conceito do direito das pacientes ao acesso às tecnologias reprodutivas que lhes permitiria ter um filho com sua própria carga genética. Um dos entrevistados observa que um tempo atrás o acesso a esses *tratamentos* tinha limite de idade num hospital público de São Paulo. Porém, após matéria publicada no jornal, indicando o limite de idade nos serviços públicos de RA como discriminatório, o diretor desse centro colocou fim a essa restrição.

Segundo essa matéria (FSP, 10/03/2002, p.C-6), a discriminação poderia se dar em relação à idade e, indiretamente, à classe social. Os serviços públicos de RA, geralmente, limitam o atendimento a mulheres até 35 anos, devido às baixas taxas de gravidez atingidas após essa idade e em função da grande demanda, priorizando os casos considerados mais viáveis. No entanto, agrega que mais da metade dos casos atendidos em clínicas privadas corresponde a mulheres de mais de 35 anos, entre as quais 53% conseguiriam engravidar.

A advogada Patrícia Buono, coordenadora da Comissão de Bioética da OAB, considera que a restrição desses serviços é discriminatória à luz dos artigos 5º e 6º da Constituição Federal. As mulheres excluídas poderiam entrar com mandado de segurança, reivindicando o direito de serem atendidas nesses serviços. Os especialistas em RA entrevistados na matéria afirmaram que os hospitais públicos não podem resolver os problemas de infertilidade nessa idade devido a falta de equipamentos e técnicas necessárias.

De fato, colocado nesses termos, o problema se torna, indiscutivelmente, um assunto de direito de acesso a tecnologias sofisticadas por parte dos grupos menos favorecidos economicamente. Não obstante, colocar, analiticamente, a discussão da RA no campo dos direitos reprodutivos torna esse terreno escorregadio e sem muitas alternativas. O direito de acesso à RA, nesses termos, seria inquestionável, mas é necessário considerar a configuração do desejo de filho *biológico*, uma vez que ele é essencial e indispensável para a conformação da infertilidade como *doença* a ser tratada médica e tecnologicamente. Desse modo, não desconhecemos que a ausência involuntária de filho biológico seja geradora de sofrimento para algumas pessoas (mulheres e homens) e que o acesso à RA seja um direito.

Contudo, dessa maneira, estaríamos focalizando o campo a partir das/os usuárias/os dessa tecnologia e correndo o risco de lidar com argumentos que poderiam se tornar tautológicos e despolitizados: as tecnologias existem para dar conta do desejo das pessoas inférteis e já que elas existem, seu acesso é um direito inalienável. Além disso, nada mais poderíamos afirmar. Esta parece ser a perspectiva de médicos e psicólogas, na que a questão a ser pensada é o aprimoramento das técnicas, sua regulação e formas de acesso. No entanto, maiores rendimentos analíticos podem ser obtidos se considerarmos outros atores e processos envolvidos neste campo, que confluem na constituição do desejo do filho biológico. Isto significa pensar a RA como um dispositivo, no sentido de Foucault (1997), no qual se considere o campo como um conjunto heterogêneo que envolve discursos, instituições, decisões regulamentares, enunciados científicos, epistemológicos e éticos, que não podem ser apreendidos somente nos discursos das/os usuárias/os, nem dos fornecedores destes serviços.

Sem a pretensão de dar conta do dispositivo, tentamos identificar, pelo menos, outros mecanismos e atores que, por sua vez, são essenciais e determinantes na construção do desejo de filho *biológico*. Dessa forma, propomos a inversão dos termos da proposição anteriormente mencionada: sem os recursos médico-tecnológicos não haveria o desejo de filho biológico ou genético. A seguir, analisamos outras estratégias narrativas que possibilitam a construção desse desejo.

III PARTE

Construindo sonhos

Periodicamente, uma clínica privada de RA localizada em São Paulo, realiza uma reunião educativa com os casais que têm interesse, fazem ou vão iniciar uma tentativa de RA. O objetivo da reunião é fornecer informação sobre o processo, proporcionada pelos profissionais que participam em cada uma das suas fases.

Acompanhamos a reunião realizada em maio de 2001, à qual assistiram catorze mulheres e nove homens. Das cinco mulheres que teoricamente estavam sozinhas, uma delas, na faixa dos quarenta anos, pretendia receber óvulo de doadora e tinha parceiro estável.

Um dos proprietários da clínica iniciou a reunião, comentando que este centro, inaugurado há dez anos, oferece o que há de mais moderno no mundo para o *tratamento* da infertilidade. Destacou que as técnicas utilizadas não são experimentais, mas amplamente usadas em outros lugares. Para localizar o público, fez referência à transferência de citoplasma, que naquele momento era amplamente noticiada na imprensa nacional, afirmando que esta técnica se encontrava em fase de experimentação e por isso não era realizada nessa clínica.

O relato do processo de RA foi minucioso, desde a identificação das causas de infertilidade, tipo de exames necessários, eleição da técnica segundo a causa, o procedimento de FIV, ICSI, diagnóstico genético pré-implantacional (PGD), até a transferência de embriões. Cada membro da equipe (ginecologista, urologista, radiologista, bióloga, geneticista e psicóloga) se encarregou de explicar a parte que lhe corresponde no processo.

O ginecologista abordou a diferença entre óvulos e espermatozóides, suas características, produção, relação com hormônios, etc. e a maneira como a fecundação se produz espontaneamente ou sem intervenção. As chances de engravidar espontaneamente, segundo esse especialista, são de 18% em cada ciclo menstrual, o que indica a complexidade da reprodução em seres humanos com baixas taxas de fecundação e implantação, se comparadas com espécies animais.

A infertilidade é explicada com a mesma linguagem e cifras rotineiramente citadas na mídia, que distribuem de maneira *eqüitativa* suas causas: 40% corresponderiam ao fator feminino, 40% ao fator masculino e 20% seriam do casal ou não teriam causa aparente, o que não quer dizer que inexistam, mas não "conseguem ser enxergadas". Concentra-se em cada uma das causas por sexo, salientando a importância desse diagnóstico para orientar o tipo de *tratamento*. Esta avaliação é o ponto de partida para decidir o tipo de tecnologia a ser utilizada: IA, FIV ou "você é uma ICSI".

As técnicas são descritas e classificadas em baixa e alta complexidade. As primeiras seriam usadas para corrigir a infertilidade que "não é muito ruim" e sem causa aparente. Este último critério é polêmico para o uso de técnicas simples, pois para alguns médicos o desconhecimento das causas da infertilidade seria motivo para utilizar técnicas mais complexas. As técnicas de alta complexidade utilizam a micromanipulação de gametas, como a FIV, a ICSI, e o PGD. Cada uma das técnicas é explicada com suas respectivas taxas de gravidez.

A descrição das técnicas de alta complexidade é acompanhada, passo a passo, com imagens. O anestesista explica como é feito o procedimento de punção para retirar os folículos, antes de levá-los ao laboratório, onde são recebidos pela bióloga, que se encarrega de *processar o material*. Parte desse processo inclui "dar banho nos óvulos", "limpá-los", para retirar tecidos, selecionar os óvulos maduros, adequados para serem inseminados, e, finalmente, no caso da FIV, juntá-los num meio de cultivo com o esperma, também previamente preparado. Diariamente, o pessoal do laboratório realiza uma checagem morfológica dos gametas para verificar se houve fecundação e se o óvulo fecundado está se dividindo normalmente. São projetadas imagens desse processo, que apresentam também o procedimento de "limpeza" do óvulo, consistente na retirada intencional de células em volta do mesmo.

A realização da ICSI é descrita a partir de imagens de vídeo, suscitando grande interesse na platéia. As imagens causam forte impressão, dada a precisão com que se pode visualizar a injeção do espermatozóide ou célula espermátide no óvulo. Essa imagem reitera a afirmação de uma das psicólogas, durante a I Jornada de Psicologia e RA, acerca de que do ponto de vista médico/técnico inexiste a não fecundação. Dá a impressão que no momento que o óvulo é injetado é o início da "realização do sonho" e, que em conseqüência da precisão e domínio técnico, nada pode dar errado. São imagens bem produzidas e muito fortes em termos do impacto que elas causam, especialmente entre essa platéia que está ali para realizar o desejo de ter um filho biológico. Um dos médicos aproveitou o interesse do público para manifestar que a tendência é a de ampliar o uso dessa técnica para diminuir "a frustração e o custo do tratamento para os casais".

No laboratório se realiza a extração de uma única célula para o diagnóstico genético pré-implantacional (PGD), procedimento que também é mostrado em vídeo. A geneticista explicou que esse procedimento permite avaliar a qualidade do embrião a ser implantado com maior sucesso, assim como as causas da infertilidade do casal. Quanto à seleção dos embriões a serem transferidos para o útero, esta profissional explica que a avaliação é feita para observar se há um número adequado de cromossomos. Afirma, ainda, que a seleção do sexo é proibida no país pelo CFM, o que causou certa decepção entre o público. A médica, em resposta a essa reação, explica que a seleção só é permitida em casos de doenças associadas ao sexo.

As imagens da "lavagem" dos óvulos, assim como a aspiração de uma única célula –das quatro ou seis que o pré-embrião tem nesse momento–, para realizar o PGD preocupou o público. Não se fizeram esperar perguntas acerca dos prejuízos que estes procedimentos trariam para os óvulos e os pré-embriões. A bióloga, em duas ocasiões, mencionou que o tratamento dos gametas e dos embriões se faz com a maior delicadeza, um subtexto que indicava algo como: não se preocupem por seus embriões que eles estão bem cuidadinhos, como se estivessem numa clínica ou numa "creche" para embriões[1].

Através de imagens de vídeo, o ginecologista retomou a explicação de como é realizada a transferência de embriões para o útero, processo guiado mediante ultra-som e efetuado dois a cinco dias após a punção para extração dos folículos. Este procedimento é muito delicado e, enfatiza, requer cuidados especiais para não lesionar o embrião, como a diminuição do refluxo ou da possibilidade de expulsão. Após este processo segue a espera do teste de gravidez. Se as condições "uterinas" não são adequadas para a transferência dos embriões, eles são congelados até um momento mais favorável que aumente as chances de implantação. O ginecologista fecha esta parte afirmando: "Se tudo dá certinho, no final do processo vocês estarão grávidas".

O público masculino, especialmente, manifestou a preocupação com os custos dos procedimentos que, nesta clínica, é de R$10.000[2] por cada ciclo, independente da técnica utilizada. Esse valor não inclui a biopsia do pré-embrião cujo custo é de R$3.500[3] para a análise de até seis células pré-embrionárias. Nas perguntas, o público retomou a preocupação quanto aos danos que a retirada de células poderia causar ao embrião; um médico respondeu: "A gente não judia o embrião tanto assim. Elas (as células extraídas para diagnóstico) são células que podem ser qualquer coisa. Poderia até separar essas células e criar dois indivíduos".

Um dos participantes manifestou sua preocupação com a multigestação. O médico respondeu que essa é uma complicação do método, porém, "vocês resolvem o que querem". Como rotina, não são implantados mais do que quatro embriões, mas "se vingam cinco, que faço com o que sobra? Congela?... Pois implantá-lo porque isso aumenta as chances de alguns deles dar certo" Nesse caso, afirma, seria melhor arriscar e implantar os cinco, agregando que no Brasil não há uma lei sobre RA, senão resoluções do CFM bastante flexíveis.

No final da reunião, a psicóloga abordou os aspectos emocionais que poderiam dificultar a ocorrência de uma gravidez em situações normais, as implicações do diagnóstico de infertilidade e

1 No programa Globo Repórter, transmitido no dia 27/08/99, uma bióloga na mesma função referida anteriormente dizia se sentir como uma babá que "cuida dos embriõezinhos enquanto eles estão crescendo, longe da barriga da mãe" (Luna, 1999, p.39).
2 Aproximadamente US$3.500.
3 Aproximadamente US$1.200.

os procedimentos de RA na dinâmica do casal. Esta foi a única profissional a explicitar que se as chances da gravidez acontecer são da ordem do 30%, implica que há mais chance do *tratamento* não ser bem-sucedido, reforçando a necessidade dos casais se prepararem para tentar novamente.

Embora os casais tenham manifestado temor pelos danos que certos procedimentos poderiam causar aos gametas ou ao embrião, não explicitaram nenhuma preocupação acerca dos riscos decorrentes das intervenções farmacológicas ou cirúrgicas no corpo das mulheres. Estes tampouco foram mencionados por parte da equipe.

No final das apresentações os casais foram convidados a um pequeno coquetel, com salgadinhos e bebidas. Esse espaço de sociabilidade procura aproximar os casais, de maneira mais informal, aos membros da equipe para continuar manifestando suas dúvidas, e também que se relacionem com outras pessoas ou casais em situação similar com a finalidade de partilharem suas experiências[4].

Nessa reunião, os procedimentos de RA são contados como se fosse uma linha de produção, um processo fragmentado, altamente especializado e tecnificado. Cada profissional, munido de sofisticados instrumentos de diagnóstico e intervenção, faz a parte que lhe corresponde do processo: avalia, define o tratamento, determina o momento adequado para realizar cada passo necessário, seleciona, prepara o material, fecunda, congela (se for necessário) e transfere. Nesse processo, a participação dos casais se restringe à entrega do material a ser processado –os gametas– e à espera, ao final da linha de produção, de receber "como produto" uma gravidez. Os corpos são fragmentados e suas partes (os fragmentos dos fragmentos) são examinadas minuciosamente, objetivadas, despersonalizadas e manipuladas por uma equipe de especialistas, num processo que marginaliza as pessoas ou casais do evento reprodutivo. A preocupação desses agentes passivos de habilitação médico-tecnológica parece estar centrada na redução dos custos financeiros da satisfação do desejo.

Nesse processo faz-se necessário compreender o entusiasmo com essas tecnologias, o crescimento dos serviços de RA, a aceitação e submetimento a procedimentos que, mesmo de eficácia limitada, são altamente invasivos, dispendiosos e incertos quanto aos riscos, não só para o indivíduo quanto para a espécie. Os debates identificados tanto entre os especialistas em RA, quanto em outros que envolvem profissionais do Direito e de áreas das ciências sociais e humanas, indicam a necessidade de discussões éticas, jurídicas e sociais que aprofundem as implicações da

[4] Barbosa (1999) narra sua experiência numa reunião de casais no ambulatório de RA de um hospital público, realizada pela enfermeira obstétrica e a psicóloga do serviço, centrada nos tipos de exames necessários para investigar a causa da infertilidade e nos procedimentos burocráticos. As perguntas feitas pelos quatro casais participantes giraram em torno do funcionamento do hospital: horários e locais para a realização dos exames.

biotecnologia, da qual a RA faz parte. Como indica Rios (2000), discutir não só como decidir e sobre quais princípios, como também quem decide e controla a implementação de tais decisões.

Se o desejo de filho biológico é uma condição para promover os serviços de RA, cogitamos que este deve ser construído, recriado ou re-apresentado a partir da tecnologia para a produção de vida. Em conseqüência, esta parte aborda os diversos dispositivos através do quais se constrói este desejo, quase que imperativo, de ter filhos com o próprio material genético, sem o qual não haveria demanda de serviços de RA. Para isso, foi utilizada a divulgação de informação mais específica, orientada às mulheres e/ou casais dispostas/os a se submeterem às intervenções médico-técnicas para concepção, mediante páginas eletrônicas e catálogos dos serviços de RA no Brasil, livros do tipo "manual", teleconferências e reuniões orientadas aos clientes destes serviços.

Procura-se identificar nas imagens e textos usados o redimensionamento da reprodução humana, a partir da introdução e difusão das NTRc. Foram observados aspectos ligados àredução do ato reprodutivo ao momento da fecundação –realizada no laboratório e, em conseqüência, fora do corpo feminino–, e sua relação com uma fundação ou redefinição da natureza, modelada na cultura, refeita através da tecnologia e aliada à economia do capital. Nesse sentido, as reflexões indicam que a *estimulação do sonho reprodutivo* e a promessa de sua realização aparecem como um empreendimento de consumo biotecnológico literalmente *incorporado*.

As estratégias discursivas mediante as quais se cria a promessa de realização do sonho da reprodução estariam incompletas se não considerarmos a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, cuja participação, ainda que não muito visível, é determinante na construção do sonho do filho biológico. No final de contas, como aparece numa publicidade da empresa *Meizler, Este sonho* [de fecundação] *pode ser estimulado... Com uma linha de hormônios dedicada à reprodução humana.* (Fig. 1).

Tentamos cercar esta análise na especificidade de consumo biotecnológico, no qual o desenvolvimento da indústria dos hormônios e das tecnologias de imagem resulta ser de interesse, uma vez que, além de produzirem seus objetos, produzem também saberes, novas configurações de indagação, compreensão e intervenção dos corpos.

Insistimos, como alguns autores que são apresentados nesta parte, que a relação entre terapêuticas médico-farmacológicas e processos de doença, no caso específico da ausência involuntária de filhos, não pode ser compreendida sem uma apreciação dos aspectos sociais, econômicos e políticos nos quais a ausência de filhos se *torna* um estado medicalizado.

Figura 1
Catálogo *Meizler* – Este sonho pode ser estimulado...

A medicalização da infertilidade

O corpo, na sua função sexo/reprodutiva, tem sido alvo de políticas reguladoras de acordo com as condições sociais e econômicas presentes em cada momento particular. Foucault (1997) observou que, na metade do século XVIII, a organização da sexualidade como dispositivo estabelece modelos de ajustamento do fenômeno de população aos processos econômicos, mais exatamente, ao desenvolvimento do capitalismo. Dentre os conjuntos estratégicos de dispositivos específicos de saber e poder acerca do sexo, encontra-se a *histerização do corpo da mulher* e a *socialização das condutas de procriação,* operados sobre o controle do corpo das mulheres. O corpo feminino se tornou um dos "alvos e pontos de fixação dos empreendimentos de saber", uma vez que foi colocado em comunicação orgânica com o corpo social.

O surgimento progressivo da grande medicina do século XIX não pode ser dissociado das políticas de saúde e da consideração das doenças como problema político e econômico. Tampouco pode se dissociar da compreensão da família, não só como um sistema de parentesco e de transmissão de bens, senão também como local de "fabricação", nas melhores condições possíveis, de um ser humano. A família se afirma, desde então, como um agente constante de medicalização.

A medicina, especialmente depois das análises realizadas por Foucault, tem sido indicada como uma das instituições a partir da qual os sujeitos e suas práticas são normatizados (Foucault, 1996).

A maioria das análises que indaga a relação entre reprodução humana e medicina, revela a centralidade do corpo e sexualidade feminina como lugar, por excelência, de escrutínio e políticas de controle. As tentativas de colocar a descoberto os mistérios da reprodução parecem acompanhar a história da humanidade e suas explicações se articulam à interpretação do mundo vigente em cada época. Alguns autores apontam que, na apropriação do corpo feminino pelo saber médico, o desenvolvimento do conhecimento cirúrgico e tecnológico joga um papel determinante. A origem da consolidada tecnologia médica atual teria ocorrido nos séculos XVI e XVII, época do racionalismo cartesiano e dos êxitos da física newtoniana, que promoveram a exacerbação dos mecanismos biológicos e o surgimento e consolidação do complexo médico industrial com seus interesses lucrativos (Barros, 1991).

Viera[5] *apud* Barbosa (1999) observa que a legitimação dos cuidados do corpo feminino, como campo exclusivo da medicina, é produzida principalmente a partir do surgimento da obstetrícia, que deu lugar a outras disciplinas médicas voltadas para o corpo feminino, como a ginecologia, a embriologia e a genética. Essa competência médica, instaurada nos séculos XVIII e XIX, expandiu-se com diversos desdobramentos, tomando o controle da concepção, a gravidez, o parto e a anticoncepção. A tomada desses espaços por parte da medicina implicou na desapropriação da chamada medicina tradicional e do conhecimento e atuação leiga de agentes sociais, como as parteiras. Gravidez, parto e nascimento eram considerados, até então, eventos *naturais* do ciclo de vida. A medicalização do processo reprodutivo teve diversas implicações em vários âmbitos, destacando-se a formulação de discursos e princípios higienistas com as conseqüentes políticas eugenistas que, ainda de importância ao ser considerada a RA, deixamos de lado para indicar a criação de um mercado farmacológico e diagnóstico que cresceu paralelo ao gerenciamento da reprodução através do consumo de práticas médicas.

O surgimento das NTRc e a apropriação do desejo de filhos por parte da medicina são incluídos por Corrêa (2001a) no processo de medicalização social. Segundo a autora, esse termo, amplamente utilizado a partir da década de 60, designa a modificação da prática médica mediante a inovação de métodos diagnósticos e terapêuticos, da indústria farmacológica e de equipamentos médicos que tem como conseqüência um aumento exagerado no consumo de atos médicos e de medicamentos. Barros (1991) destaca a crença das pessoas na necessidade de consumir o arsenal de diagnósticos e tratamentos para a solução de seus *problemas,* enquadrados como doença, como uma

[5] Vieira, Elisabeth. *Prática médica e corpo feminino.* São Paulo, 1990. Dissertação (Mestrado) - Depto. de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina – USP.

das conseqüências do modelo médico –ligado ao setor de insumos para o setor saúde da indústria farmacêutica e de equipamentos. Quanto mais modernas e sofisticadas as tecnologias empregadas maiores as promessas de sua efetividade.

A ideologia do consumo, que associa a idéia de inclusão, de sensação de "bem-estar" e "felicidade" ao ato de consumir, expande seus domínios na área de bens e serviços no campo da manutenção e/ou recuperação da saúde, no qual estes assumem o valor de "mercadorias" submetidas às leis do mercado. Essa lógica, presente na mercantilização da medicina, passa a ocupar espaços crescentes na vida dos indivíduos e da sociedade, configurando o fenômeno que foi chamado de *medicalização.* A "medicalização da mulher" seria uma ilustração farta da transformação da vida numa seqüência de eventos que demandam formas peculiares de consumo de bens e serviços diagnósticos e terapêuticos que, em algumas ocasiões, pouco contribuem para um efetivo melhoramento na qualidade de vida[6] (Barros, 1991).

Eventos do ciclo de vida, redescritos em termos da medicina moderna, passam a ser situações nas quais a tecnologia age paliativamente, viabilizando a relação com os consumidores sem consciência quanto à determinação social da saúde e da doença. Essa redescrição coloca em jogo interesses envolvidos na própria produção de atos médicos, que implicam a comercialização e consumo de serviços, fármacos e equipamentos. Paralelamente, os efeitos desse processo redundam na produção de conhecimentos pela medicina, nas representações dos eventos medicalizados e nos padrões de comportamento dos indivíduos.

> *Todos esses fenômenos submetidos à normalização médica discursiva acabam remetidos à intervenção de alguma prática especializada, sendo as novas tecnologias reprodutivas, com suas propostas de medicalizar a ausência de filhos, um dos exemplos mais recentes. Nesse último caso, estaria pressuposta uma norma – da maternidade e/ou da reprodução – cujo desvio viria a ser legitimamente corrigido por meio das propostas de intervenção tecnológica que resultam em bebês de proveta* (Corrêa, 2001a, p. 24).

Todavia, a assistência à fecundação não é um fenômeno propriamente novo. A literatura especializada reporta experiências que datam, inclusive, do século XVII. Como lembra Stolcke (1988), ainda que todas as sociedades ao longo da história tenham exercido algum tipo de controle sobre a reprodução, foi a partir da medicalização da procriação –no século XVIII– que a contracepção e a inseminação artificial se desenvolveram paralelamente, com a realização de experiências de fecundação humana artificial *in vivo,* independente do ato sexual. Assim sendo, o que justifica a adjetivação dessas tecnologias como *novas*, especialmente após a FIV?

---

[6] São freqüentes as polêmicas em torno dos benefícios da supressão menstrual, da terapia de reposição hormonal na menopausa, entre outros, que questionam não só a efetividade de algumas terapêuticas, como também o desencadeamento de outros processos que podem chegar a requerer tratamentos mais complexos e debilitadores.

O caráter de novidade dessas tecnologias surge da confluência de domínios científicos e tecnológicos no desenvolvimento da sociedade ocidental contemporânea. Especificamente, o desenvolvimento da genética molecular articula setores do saber e da tecnologia associados às condições e demandas do "sistema econômico produtivo-consumista global". A contingência entre ciência, tecnologia e capital configura uma aliança a partir da qual a tecnologia de ponta é aplicada à produção da vida, à manipulação de componentes biológicos celulares e moleculares, condições estas que a diferenciam da biotecnologia tradicional (Rotania, 2001).

A *tríplice aliança* (ciência, tecnologia e capital) possibilita a massificação desses serviços, não só mediante a crescente oferta de técnicas de RA e centros onde elas são disponibilizadas, como também na colonização do imaginário das pessoas que incluíram a RA como parte do repertório de *possibilidades de escolha* reprodutiva. O número de bebês nascidos mediante estas técnicas tem crescido de maneira acelerada nos últimos anos em todo o mundo. Segundo Silver (1998), as clínicas dos Estados Unidos reportaram o nascimento de 337 crianças em 1985. Em 1990, os nascimentos por FIV somaram 2.345 e 6.870 em 1993. Esse crescimento é diretamente proporcional à proliferação e aprimoramento das técnicas, mas também ao aumento do número de clínicas que oferecem esses serviços, as quais obtêm bons lucros dado o alto custo desses procedimentos.[7]

A profissão médica nasceu, no mundo ocidental, dotando-se ao mesmo tempo de uma doutrina científica e de um código moral. Berlinguer e Garrafa (2001) observam mudanças no rumo da medicina, especialmente na década de 80, com a *onda monetarista*, ancorada em alguns fenômenos específicos do nosso tempo que tiveram grande influência na virada moral e cultural, tornando *aceitável* o mercado do humano. Grosso modo, tais fenômenos são descritos por estes autores da seguinte forma:

- A transformação do mercado, considerado como um pressuposto de liberdade. O mercado chega a se constituir não só num valor moral, mas no meio, princípio e fim de toda atividade humana. Incluiu-se no mercado toda fase do aspecto da vida humana e a própria corporalidade.
- Maior aceitação das desigualdades sociais, como um fato inevitável
- A crença de que a tecnologia pode *consertar* qualquer erro da natureza e danos produzidos por causas antropogenéticas.

[7] No caso do Brasil, como foi mencionado anteriormente, não se encontram dados confiáveis e sistemáticos para observar a proporção desse crescimento. A maior clínica de RA do país divulga seu próprio recorde: 1.500 bebês em 1997 e 3.000 em 2002, com uma taxa de crescimento constante de 500 bebês por ano. Esses dados, extraídos do catálogo *Tecnologia em favor da vida,* do centro de RA do Dr. Abdelmassih, podem ter caráter meramente propagandístico, razão pela qual não são considerados "oficialmente" nesta pesquisa. Contudo, não se pode ignorar a crescente propagação da RA no país, tanto na mídia como no número desses serviços.

As prioridades de pesquisa, a utilização de recursos financeiros e humanos também mudaram nos últimos vinte anos. A medicina passou de uma função de cuidado primário da saúde –política da OMS nos anos 60– para uma prática de pesquisa e intervenção mediante o uso de tecnologias *reparadoras* altamente especializadas, incorporando sofisticadas tecnologias em diferentes níveis do processo de diagnóstico e tratamento das doenças. Autoras/es como Augusto[8] *Apud* Barbosa (1999) afirmam que a produção e consumo dessas tecnologias (diagnósticas e terapêuticas) aumentaram significativamente nos últimos trinta anos, passando a ser legitimadoras dos procedimentos médicos.

A clínica médica afirmou seu poder através da hegemonia tecnológica. O poder da tecnologia visual, por exemplo, radica na sua capacidade para tornar o corpo transparente e facilmente penetrável, transformando as maneiras de mapear e perceber corpos e pessoas.

Chazan (2000, 2002) oferece uma interessante análise acerca da interação entre tecnologias de imagem e cultura visual contemporânea na reconfiguração das noções de corpo e Pessoa. Desse trabalho destacamos alguns aspectos históricos relativos à reprodução e relevantes à análise das imagens e do imaginário criado em função da RA.

No início do século XIX, observa-se a invenção de instrumentos óticos para pesquisas científicas e uma tendência à biologização das sensações, entre as que a visual ganhou destaque. Os Raios-X passaram a ser usados no campo médico, configurando novas formas de conceituar o corpo, visto que representam uma dissecação e olhar tecnológico do mesmo, que coloca a descoberto "verdades" inacessíveis ao olho humano. O uso cada vez maior das imagens obtidas mediante esses mecanismos reforçava a noção de "evidências empíricas" (Chazan, 2002).

Na segunda metade do século XX, o desenvolvimento de poderosas tecnologias revolucionam o gerenciamento da reprodução. Na década de 50, o ultra-som foi utilizado pela primeira vez para diagnosticar desordens fetais e a gravidez em si. O ultra-som permitiu estabelecer um contato direto com o feto, sua observação 'ao vivo', substituindo a percepção e subjetividade da mulher com um dispositivo tecnológico, laboratorial e diagnóstico (Chazan, 2000).

Petchesky (1987) indica que as imagens do feto, observadas através do ultra-som correspondem ao ângulo de uma câmera e não da mulher grávida. Visto assim, a imagem do feto no útero seria similar à de um homem no espaço, flutuando livremente, simplesmente conectado a um cordão umbilical, onde a mãe inexiste. Essa imagem promoveria a idéia de autonomia do feto, um ser independente do local que o contém (o útero), com uma identidade que independe da mãe. A possibilidade de realizar diagnósticos e inclusive intervenções para correção de anomalias, dá ao

[8] Augusto, Maria Helena. *Política social e tecnologia em saúde – ação estatal e incorporação de equipamentos médico-hospitalares às práticas de saúde.* São Paulo, 1986. Tese (Doutorado) - Depto. de Sociologia – FFLCH/USP, 1986.

feto o *status* de paciente.[9] A visualização do feto possibilita, segundo Chazan (2000), um deslizamento de "feto" para "bebê" e deste para "Pessoa".

O uso de ultra-som na gravidez parece não ter encontrado muitas resistências entre as mulheres, segundo Browner & Press[10] *apud* (Chazan, 2000). Estas autoras indicam que nas culturas onde a ideologia de risco é hegemônica, a negação do uso de exames de ultra-som pode ser observada como falta de responsabilidade da gestante. Socialmente são promovidas e valorizadas as rotinas médicas do pré-natal, como uma forma desejável de constatação de desenvolvimento normal da gravidez, da qual o ultra-som faz parte na constituição de técnicas de produção de conhecimento confiável.

Nas últimas décadas do século XX, a técnica cinematográfica é acoplada ao microscópio para capturar aspectos micro do interior do corpo, passando do escrutínio da superfície à profundeza. Nessa configuração das tecnologias visuais aplicadas à medicina, a célula, imperceptível a olho nu, passa a existir como uma representação abstrata, obtida através de sofisticados microscópios, contribuindo para a construção de novos códigos visuais em relação não só ao organismo, mas também à vida:

> *A imagem da célula é uma imagem tecnicamente produzida que não tem um referente no mundo real. Esta nova possibilidade abre uma dupla perspectiva para a construção social do corpo: por um lado, ultra "objetiva", "concreta", visualizada nos mínimos detalhes; por outro, "pura" imagem, abstração total – de certo modo, "hiperreal", nos termos de Baudrillard."* (Chazan, 2002, p.6).

O uso mais recente de tecnologias digitais –informações contidas em *bits* codificados matematicamente– está relacionado com a construção de um entendimento peculiar do corpo. O mapeamento do mesmo, na procura de sua "verdade", não poderia ser feito unicamente através do escrutínio visual, mas também mediante a decodificação das informações contidas nos genes. Nesse sentido, a genética se configura como um novo marcador da diferença, porém invisível, inelutável e além de qualquer contexto histórico e social (Sturken & Cartwright[11] *apud* Chazan, 2002).

---

[9] À margem, mencionamos as preocupações de feministas sobre as implicações do surgimento da medicina fetal para os direitos das mulheres. Essa especialidade, consolidada no desenvolvimento de tecnologias que permitem visualização do *concepto* nos estágios mais arcaicos, atualiza a discussão dos "direitos fetais", recolocando o velho e complicado debate acerca da consideração do feto como Pessoa. Ele não se dá nos mesmos termos anteriores, não se trata mais da discussão da prevalência dos direitos da mãe sobre o embrião ou vice-versa. A discussão coloca-se entre a mãe e o médico como representante do embrião ou feto, num movimento que autonomiza o *concepto* da mãe. Ver essa discussão, entre outros, em Chazan (2000, 2001), Petchesky (1987) e Rapp, Rayna. Real-time fetus: the role of the sonogram in the age of monitored reproduction. In: Downey, G.L. & Dumit, J. (Eds.) *Cyborgs and citadels: Anthropological interventions in emerging sciences and technologies.* Santa Fe, New Mexico: School of American Research Press, 1997.

[10] Browner, C.H. & Press, Nancy. The production of authoritative knowledge in American prenatal care. *Medical Anthropology Quarterly (MAQ) vol.*10, n.2, p.141-156, June 1996.

[11] Sturken, Marita & Cartwright, Lisa.*Practices of looking. An introduction to visual culture.* New York: Oxford University Press, 2001.

Corpos sem pessoa

O corpo tem sido fragmentado de diversas formas, através das várias tecnologias visuais que possibilitam a despersonalização e desumanização de pessoas em corpos ou, como indica Chazan (2002), o surgimento de corpos "sem Pessoa". Essa fragmentação, também presente na separação cartesiana de corpo/mente, adquire um outro desdobramento no sentido de possibilitar a mercantilização do corpo e de suas partes. Na RA, especificamente, observa-se a fragmentação do processo reprodutivo, através do qual se abre espaço para o surgimento de doação de gametas, que, de alguma forma, partilha questões relacionadas com a doação de órgãos.

A doação e troca de partes do corpo humano só são factíveis através da mediação técnica de pesquisadores, médicos e outros profissionais da área da saúde, que possibilitam a transformação de partes do corpo humano em mercado. Sem essa mediação elas não teriam nenhum *valor de uso*, tampouco *valor de troca* (Berlinguer e Garrafa, 2001).

A combinação de tecnologias biomédicas e ações de mercado permitiu o rápido surgimento de formas imprevistas e incontroláveis de comercialização das funções reprodutivas. As diferenças ou marcadores sociais, anteriormente identificadas na superfície ou no interior do corpo, passam a estar inscritas nos genes. O entusiasmo com que foi divulgado o projeto de mapeamento genético humano trouxe a idéia de que o corpo e a vida são um mapa digital decodificável e, em conseqüência, no futuro as doenças poderão ser resolvidas na origem ou através da terapia genética.

Apesar de certa decepção com os resultados do Projeto Genoma, recentemente divulgados, no sentido de descartar a possibilidade de milagrosas curas genéticas, e a identificação dos genes responsáveis por algumas habilidades e "desordens" que afetam o comportamento (como dislexia, homossexualidade, espírito aventureiro, etc), a promessa de encontrar a "verdade nos genes" parece ter promovido certos efeitos. Essa questão se enquadra no que Finkler (2001) afirma ser a conceitualização contemporânea de transmissão hereditária, construída na base de concepções euro-americanas de parentesco e família, como concebidas por Schneider (1968). Isto é, as relações familiares e de parentesco são estabelecidas pela reprodução e os vínculos de sangue. O parentesco é análogo à biogenética, no sentido dos parentes serem constituídos na partilha do material genético –conceitualização pautada na perspectiva científica de contribuição biogenética de pai e mãe em iguais proporções. O grau de parentesco e identificação dos parentes pode ser calculado em função do sangue partilhado.

Voltaremos a essa discussão mais adiante, porém, merece destaque, nesta parte, o argumento de Finkler sobre a inclusão da família e do parentesco como parte das experiências humanas *medicalizadas*. A biogenética constitui um tipo de inspeção na qual prevalece a compreensão biomédica na etiologia das doenças, que localiza e enfatiza a falha nos genes. A

autora observa que tanto na relação médico-paciente, como nos meios massivos de comunicação há a tendência de enfatizar o vínculo biológico em função da associação entre parentesco e saúde. A noção de risco genético tornou-se uma doença em si mesma. Nesse panorama, alguns estados norte-americanos criaram leis que permitem às pessoas adotadas obter a identidade dos pais genéticos para ter acesso a seus históricos médicos, considerando-se que a história médica é parte da identidade e memória das pessoas.

A exaltação do vínculo entre doença e parentesco tem influenciado o cotidiano de muitas pessoas nos Estados Unidos. A origem biológica se tornou, no ver de Finkler, fundamental para o destino, uma espécie de dialética entre antecipação do futuro e relembrança do passado. A história médica recapitula a história do parentesco perdida na memória dos indivíduos, expande seu olhar às relações consangüíneas, estruturadas sobre a concepção de uma identidade genética bilateral que permeia crenças e práticas sociais. Em pesquisa realizada com pessoas adotadas, a autora menciona os conflitos internos frente à falta de uma história médica da família biológica. Todavia, as dúvidas não se restringem à falta de informação sobre a pré-disposição ou risco para desenvolver certas doenças, como também à procura de explicações para suas preferências, gostos e habilidades.

Nos comentários ao artigo de Finkler, Nelkin (2001) vai além da *medicalização* do parentesco ao considerar, também, sua *mercantilização*, lembrando que o DNA não é só um conjunto de moléculas, mas um poderoso conjunto de representações culturais. As crenças no determinismo genético impulsionam a notável expansão da indústria da tecnologia reprodutiva. O discurso sobre reprodução é difundido por imagens de bancos, propriedade, produtos, realização; óvulos e espermatozóides são *bens de consumo* avaliados de acordo com seu valor genético. Empreendimentos comerciais –como o uso do teste de DNA para corroborar paternidade ou empresas especializadas na busca de parentes biológicos– têm proliferado, na era da genética, para ajudar as pessoas a traçar sua genealogia.

Contudo, a mercantilização do parentesco não se dá unicamente na reconstrução da história familiar, mas também na seleção e programação da carga genética dos *tecno-filhos.* A possibilidade de detecção de potenciais doenças genéticas no embrião tem gerado negócios lucrativos. A escolha de gametas por catálogo e de mães substitutas, nos Estados Unidos, divulgada amplamente pela internet, são um bom exemplo:

> *Os futuros pais podem escolher desde o tipo de gestação pretendida (com ou sem barriga de aluguel, com doador de sêmen ou de óvulos, entre outros) até o tipo físico e genético dos doadores. Gasta-se em média de US$18 mil a US$60 mil por um contrato de geração de bebê* (Bebê, 2000).

Alguns autores apontam a maternidade substituta (*surrogate motherhood)* como uma clara expressão da *mercantilização* do corpo feminino e de suas capacidades reprodutivas. Esta prática é

considerada como manifestação típica da chamada *venda de uso* –troca de funções corpóreas por moeda. Nos Estados Unidos, a maternidade substituta é uma instituição burocratizada que envolve intermediários, complexos contratos e remuneração[12], similar à intermediação para recrutar doadoras de óvulos. Os jornais e páginas eletrônicas trazem, em detalhes, as características desejáveis de uma doadora de óvulos (inteligência, beleza, modos, tamanho corporal e porte), as quais parecem determinar o valor dos "serviços". Um exaustivo formulário, que deve ser preenchido pelas potenciais doadoras de óvulos, indaga características físicas, religião, se usa lentes para correção de problemas visuais, lateralidade, presença de sardas, habilidades em matemática, ciências, literatura e atléticas, talentos artísticos, uso de tabaco, álcool e outras drogas, problemas mentais –depressão, esquizofrenia, doença bipolar, anorexia ou bulimia, auto-mutilação, desordens obsessivo-compulsivos (Center for Human Reproduction, *Egg Donor Application*). A indagação desses últimos aspectos não faria sentido se estes não fossem considerados susceptíveis de transmissão genética.

Ainda que no Brasil a maternidade substituta e a venda de óvulos sejam práticas proibidas, nos termos que se organizam e disponibilizam em outros países[13], a chamada *venda de uso* se apresenta de outra forma, como na criação do programa de doação compartilhada de óvulos (Lopes, et al., s/d) implementado por várias clínicas de RA. A ausência de leis, no sentido estrito, no país e a configuração de uma prática da RA *trans-nacional*, desde suas origens, permitem a troca de programas de venda de gametas por catálogo, como divulga a imprensa local (FSP 26/09/99, p.3-8; *Veja,* 03/11/99). A comercialização do material humano, condenada nos valores tradicionais, nos quais a descendência tem valor incomensurável, é amenizada com a retórica da dádiva, do apelo à filantropia, levando algumas mulheres a se submeter aos riscos desses procedimentos com o intuito de mitigar o sofrimento das que não podem engravidar ou levar uma gestação a termo. A retórica da dádiva mascara a relação com a *mercantilização* de partes do corpo, silenciando qualquer discussão acerca da mesma (Sharp, 2000).

[12] Para uma etnografia completa destes serviços nos Estados Unidos, Cf. Ragoné (1994).

[13] Nos Estados Unidos existem companhias especializadas para recrutar e oferecer serviços de maternidade substituta, numa linguagem claramente comercial, ainda que amenizada pelo incalculável *milagre da vida*. A empresa ICNY, com sede em Nova Iorque, mas operando em 15 países, envia folheto a ginecologistas explicando as vantagens e procedimentos de seu trabalho. O material é composto de fotos de crianças e depoimentos de pais –"o nosso amor e a nossa gratidão por nos ter feito descer do céu o nosso presentinho"–, acompanhado de indicações sobre forma de inscrição, o pagamento e as garantias da saúde física e mental das mães substitutas, assim como do contrato que garante a renúncia, por parte delas, a qualquer direito de parentesco (Berlinguer e Garrafa , 2001, p.110).

Indústria farmacêutica, médicos e parcerias

No corredor do salão do hotel que sediou o V Congresso Brasileiro de RA estavam dispostos numerosos estandes da indústria de medicamentos e equipamentos médicos. A cada recesso das atividades, os participantes encontravam, neste lugar, um espaço informal de interação com seus pares e com representantes de venda dessas indústrias.

A disposição dos estandes e a interação aí produzida lembravam uma feira de mercadorias, na qual circulavam diversos tipos de brindes e catálogos sobre medicamentos e equipamentos, oferecidos aos especialistas em reprodução humana, um tipo especial de *mediadores* e *consumidores* destes produtos. Esta impressão parece ser constante entre quem observa, com estranhamento, as reuniões ou congressos dos profissionais da medicina.

A relação que se estabelece entre especialistas e laboratórios farmacêuticos é pautada por outro tipo de trocas e negociações, diferente daquela que perpassa a relação comercial entre comprador e vendedor. Não há compra e venda ou valor de troca, mas um valor de uso, circulação de elementos incorpóreos, num universo no qual se trocam, de um lado, *indicações* e, de outro, *diagnósticos* (Pignarre 1999)[14].

Contudo, em meio a indicações e diagnósticos, outros bens não tão imateriais estão em circulação. No 49º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, Manica (2003) observou não só a distribuição de material informativo, como também de sacolas, canetas, blocos, suporte para mouse, luvas descartáveis, modelos pélvicos femininos e, os mais disputados, telefones celulares e cadeiras para exame ginecológico. A participação dessas indústrias se dá também de maneira substancial na organização/financiamento de congressos e outros eventos de caráter acadêmico ou de divulgação.

Um dos especialistas, em entrevista, afirmou que a relação entre a indústria farmacêutica e os profissionais em RA é diferenciado: mais estreita com os médicos do serviço privado e mais distante com os que operam no serviço público. No geral, essa relação opera no sistema de troca. Os laboratórios não doam medicamentos, nem fornecem dinheiro para os especialistas, mas deixam para os serviços privados, em consignação, os medicamentos a serem utilizados nos procedimentos de RA. Em troca, estes recebem geladeiras para a conservação dos mesmos e outros benefícios como o financiamento de viagens para participar em congressos nacionais e internacionais.

Para ilustrar a relação com o serviço público, este especialista contou que alguns anos atrás um reconhecido laboratório negou uma doação que ele solicitara para o serviço; após o episódio, ele

[14] O autor descreve o processo de elaboração do medicamento desde suas origens, como molécula, passando pelas provas que a transformam em medicamento, até o momento de prescrição para seu consumo. O medicamento é concebido como um tipo particular de mercadoria que segue um percurso de administração social, diferente das mercadorias clássicas, no qual se integram componentes biológicos e sociais.

decidiu cortar qualquer vínculo com o laboratório. Recentemente, e depois de muita insistência, aceitou receber um de seus representantes que lhe ofereceu a doação de um lote de medicamentos para RA. No entanto, segundo o entrevistado, o laboratório procurou nesse serviço um "depósito de lixo", pois o lote de medicamentos tinha uma data de vencimento próxima e as normas que regulam o descarte de medicamentos proíbem os laboratórios de jogar este tipo de material no lixo.

A ausência de "políticas voltadas para a questão social", por parte dos laboratórios farmacêuticos que produzem medicamentos para RA, é indicada por um propagandista-vendedor entrevistado na sala de espera de um serviço de RA. Os *parceiros* do laboratório, como são chamados os especialistas que ele visita periodicamente, são médicos do serviço privado. Acompanhamos este propagandista-vendedor numa visita rotineira a uma das clínicas de seus *parceiros.* A pesar dessa clínica ter equipamentos para fazer micromanipulação de gametas, a ausência de uma equipe de especialistas impedia a realização desses procedimentos. Desse modo, avaliava o propagandista, o laboratório teria realizado um grande investimento na doação "com pouca coisa em troca", referindo-se ao baixo número de ciclos realizados por este especialista.

A visita, que não durou mais de 20 minutos, envolveu vários assuntos, entre eles, a comunicação da decisão do laboratório de recusar o pedido do *parceiro* de financiamento para participar num congresso. A conversa fluía de maneira rápida e descontraída, contrastada com um tratamento extremamente formal de parte do representante do laboratório. No entanto, ficou claro que o ponto culminante dessa visita era informar a decisão do laboratório quanto à rejeição do pedido, assim como também de checar o avanço no número de procedimentos realizados pelo especialista. Também na conversa informal circularam informações do meio e das rotinas adotadas por outros especialistas, uma sutil recomendação do vendedor de alguns procedimentos.

Além dos benefícios imediatos e individuais que circulam na constituição dessas parceiras, é necessário indagar o lugar dos laboratórios na configuração e expansão do espectro terapêutico do medicamento ou do uso de equipamentos médicos.

A construção social da doença e seu mercado

Ao considerar o processo de doença e terapêutica farmacológica, a pergunta recorrente é se a indústria farmacêutica produz o remédio para a doença ou produz as doenças para os medicamentos que desenvolve, do mesmo modo que outras indústrias criam mercado para seus produtos[15].

[15] Essa questão é freqüentemente debatida no âmbito dos medicamentos "psi". A depressão é um dos casos mais discutidos por alguns autores, que tomam como foco de análise seu crescimento "epidêmico" em forma paralela ao mercado dos antidepressivos. Há também uma interessante discussão em torno dos chamados

Oudshoorn (1990, 1994), ao fazer uma arqueologia dos hormônios sexuais[16], parte do suposto de que os cientistas constroem a realidade, não a descobrem. Nessa perspectiva, os fatos científicos existem somente em virtude de seu encravamento social, no qual o conhecimento adquire *status* universal em conseqüência dos vínculos sociais que sustentam as práticas dos cientistas. Nesse sentido, para a construção dos fatos científicos, torna-se fundamental a constituição de parcerias.

Para fazer ciência, os cientistas precisam sair de seus laboratórios e criar alianças com outros grupos. No caso da indústria dos hormônios, essas relações se constituem em redes mediante parcerias entre os cientistas de laboratórios, ginecologistas e empresários da indústria farmacêutica. Interessa destacar aqui os elementos que compõem a rede e como, na articulação entre suas partes, produzem-se fatos cuja circulação lhes proporciona um caráter natural, universal e científico. Como diz a autora, as afirmações científicas não circulam universalmente porque são naturais. Elas parecem naturais porque são criadas coletivamente e por isso circulam.

> *O mito do cientista como herói que descobre os segredos da natureza precisa ser substituído por outra imagem de ciência, uma imagem que nos habilite a estudar como os fatos científicos estão profundamente embebidos na sociedade e na cultura. Não apenas no sentido de que fatos científicos dão forma à sociedade, mas num modo mais radical, de que os fatos científicos existem apenas em virtude de estar profundamente engastados na cultura. Nesta visão epistemológica, as afirmações do conhecimento ganham o status de fatos universais devido à extensão em que estão entrelaçados com os cenários e práticas dos cientistas e de seu publico. Afirmações de conhecimento tornam-se estabelecidas como fatos científicos apenas se estes se vinculam a grupos relevantes. Isso significa que a construção de fatos científicos não fica restrita aos laboratórios. Para fazer a ciência funcionar, os cientistas tem de deixar seus laboratórios e criar alianças com outros grupos.* (Oudshoorn, 1994, p.10)[17].

Para a autora, o desenvolvimento da ciência não depende unicamente de idéias, ideologias e teorias, também envolve instrumentos, material de pesquisa, preparação de procedimentos e testes práticos, manipulação de corpos humanos e animais. Assim como os discursos biomédicos são produzidos em condições materiais, seus efeitos também são materiais. À ciência, nessa perspectiva, se lhe atribui poder criativo na produção de novos significados e práticas corporais, mediante ferramentas diagnósticas, medicamentos, etc. Um dos maiores efeitos materiais do florescimento da indústria farmacêutica é a sujeição do corpo feminino à terapia hormonal, através da indicação de seu uso como *medicamento universal* para múltiplas "doenças" –de transtornos

---

"remédios do estilo de vida", a exemplo dos medicamentos para o controle de peso e colesterol alto, os indicados para a impotência masculina e, obviamente, os antidepressivos. Sobre essa discussão Cf. Azize (2002).

[16] A autora analisa o caso do Laboratório *Organon*, segundo Citeli (2001b), maior produtor de estrogênio no mundo até a Segunda Guerra Mundial. Atualmente é um dos três maiores laboratórios no mercado de anticoncepcionais e medicamentos usados na RA.

[17] Tradução de Citeli (2001b).

menstruais até a menopausa, infertilidade, desordens do afeto e problemas dermatológicos atribuídos a disfunções ovarianas, entre outros.

Antes de iniciar o *marketing*, as companhias farmacêuticas criam o mercado, processo que é possível unicamente mediante o vínculo com os médicos, na procura de doenças ou desordens que possam ser tratados com os novos produtos.[18] A história dos hormônios sexuais, nessa perspectiva, ilustra que os medicamentos devem ser considerados como a incorporação de interesses que são mutuamente definidos através de redes sociais. O perfil do medicamento não é conformado pelos interesses de um único ator específico, mas pela conjugação de interesses dos diferentes atores de dentro e fora do laboratório. Nesse processo, os hormônios sexuais femininos desenvolveram gradativamente o *status* de grande ciência e, posteriormente, de grande negócio (Oudshoorn, 1994, p.108-9).

Numa inquietação similar à de Oudshoorn, Pignarre (1999) explora o processo através do qual o medicamento participa da fabricação do social. Para este autor, o laboratório é o espaço privilegiado no qual a molécula alcança o estatuto de universal, uma vez que ali se definem as indicações e contra-indicações para seu uso. Isto é, "*as populações que poderão/deverão/deveriam consumi-lo*. Todas as 'patologias', ou grupos de sintomas, receberam nomes (...) a fim de fixá-las numa abstração que permita sua identificação, seu ensino e seu tratamento conceitual, estatístico, epidemiológico, diagnóstico e terapêutico." (Pignarre, 1999, p. 85, ênfase no original).

No laboratório são captadas e re-definidas patologias passíveis de tratamentos, cada vez mais diversos. O medicamento contribui para transformar a definição da causa da doença e da própria doença, tanto por via da prática quanto da teoria. Através do encontro entre *patologias redefinidas e medicamentos adequados* os medicamentos se universalizam e se validam estatisticamente para pacientes indiferenciados, recrutados e classificados para serem indiferenciáveis. O medicamento não se universalizaria se o fabricante fosse o médico. Permaneceria particular ao médico e ao paciente para o qual o medicamento teria sido fabricado. Pignarre afirma, então, que só um *terceiro* (o laboratório), revestido com o manto da neutralidade, possibilita a universalização da doença e da terapêutica.

Na análise, o autor mostra que o processo de produção de medicamentos é também um verdadeiro evento econômico e social, produtor de uma racionalidade que estabelece os limites de

[18] Giovanni (1980) indica a existência, no país, do Índice Nacional de Terapia e Enfermidades, no qual são consignadas as características dos médicos que prescrevem os medicamentos e dos pacientes que os consomem. Acosta (2001), num histórico dos Congressos Mundiais de FIV, observou que estes eventos contavam com a participação de um número significativo de cientistas dedicados à investigação básica, além de médicos dedicados à área assistencial. A percepção desta heterogeneidade levou à inclusão de conferências dedicadas a todos os públicos. Assim, a informação que retorna para o laboratório encontra outros canais, além do vínculo com os médicos e dos estudos multicêntricos, geralmente financiados pela indústria farmacêutica.

sua universalização, assim como o direito de consumi-lo. Fatos e dispositivos práticos são criados para permitir aos consumidores desses medicamentos existir e manifestar seu desejo e/ou direito de consumi-los. A ampliação global do mercado dos medicamentos procura mostrar que a sociedade, em geral, ganha muito com a introdução dessa terapêutica.

Os laboratórios não só inventam os medicamentos como também definem as populações enfermas e indicam maneiras de curá-las, criando novos desafios sociais ou ideológicos. Permitem, ainda, que as idéias de saúde e de cura se tornem reivindicações coletivas, mudando o estatuto ontológico da doença e da saúde. Nesse sentido, os pesquisadores de medicamentos modernos devem ser considerados, para além de suas invenções, construtores e partícipes de redefinições globais.

Para o autor, os laboratórios farmacológicos são empresas *como outras* que, com altíssimo capital, bancam os altos custos de pesquisas e provas necessárias. A indústria farmacológica está no mercado de capitais, no qual a molécula se torna mercadoria mediante o registro de patentes[19]. Nenhum estudo sobre alguma molécula é iniciado se ela não está protegida por uma patente, que dá exclusividade ao laboratório e impede os concorrentes de produzir o mesmo medicamento e se beneficiar dos estudos realizados.

No entanto, o medicamento é um objeto que se socializa de maneira particular, diferente das mercadorias comuns, pois não cria um vínculo semelhante ao existente entre vendedor-comprador, como nas operações de mercado das mercadorias habituais. A fixação do preço do medicamento também não é resultado de um equilíbrio entre os atores que efetuam as trocas (*valor de troca*). Ele é resistente aos mecanismos de oferta e procura. É um abstrato capaz de circular, universal, cujos limites são fixados pelo modo de usar (*valor de uso*).

Pignarre observa que a criação do medicamento envolve o trabalho de pesquisadores e indústrias, cuja participação fica para trás uma vez que o produto está pronto para sua prescrição numa seguinte etapa *social*, na qual entram em cena os médicos. Estes não compram nem usam os medicamentos, todavia, ocupam um lugar de mediação entre o laboratório e a/o paciente. Ao não existir um mercado do medicamento, no sentido estrito do termo, o vínculo entre médico e paciente imita a dinâmica do mercado, permitindo que o medicamento chegue a seus verdadeiros consumidores.

[19] Segundo Pignarre, os especialistas em finanças se mantêm informados sobre medicina e técnicas de biologia molecular, acompanhando os progressos e decepções da terapia genética para realizar seus prognósticos sobre investimentos. Nos Estados Unidos, estes analistas financeiros também são assessorados por biólogos ou médicos para compreender o percurso das moléculas, suas indicações, fases de desenvolvimento com o intuito de fazer seus prognósticos (1999, p. 64).

Não obstante, há outras formas de mediação similares às do mercado tradicional, através da presença de importadores/exportadores, estratégias publicitárias e concorrência com outros laboratórios e produtos. No caso da RA, identifica-se a presença de empresas fornecedoras de produtos e serviços que importam e exportam medicamentos e suprimentos médico-hospitalares de última geração, colocam no mercado os recentes lançamentos de laboratórios e proporcionam o desenvolvimento de novos protocolos e ensaios clínicos. Estas empresas, como a *Meizler* (presente no V Congresso), deveriam ser incluídas na rede de relações através das quais se socializam e universalizam medicamentos e equipamentos médicos.

A *Meizler* se apresenta como uma opção sólida e segura para o mercado farmacêutico e como uma alternativa de restabelecimento e promoção da saúde no país. Sua publicidade destaca a tecnologia como produtora de vida, como promessa da medicina do século XXI, ou do século da biotecnologia, para empregar os termos de Rifkin (1999). *Construir o futuro é unir tecnologia à vida, slogan* que acompanha a imagem de um bebê colocada no centro de um ambiente de pesquisa (Figura 2). A imagem parece sugerir a produção da vida no laboratório, carimbada com o logo da *Meizler.*

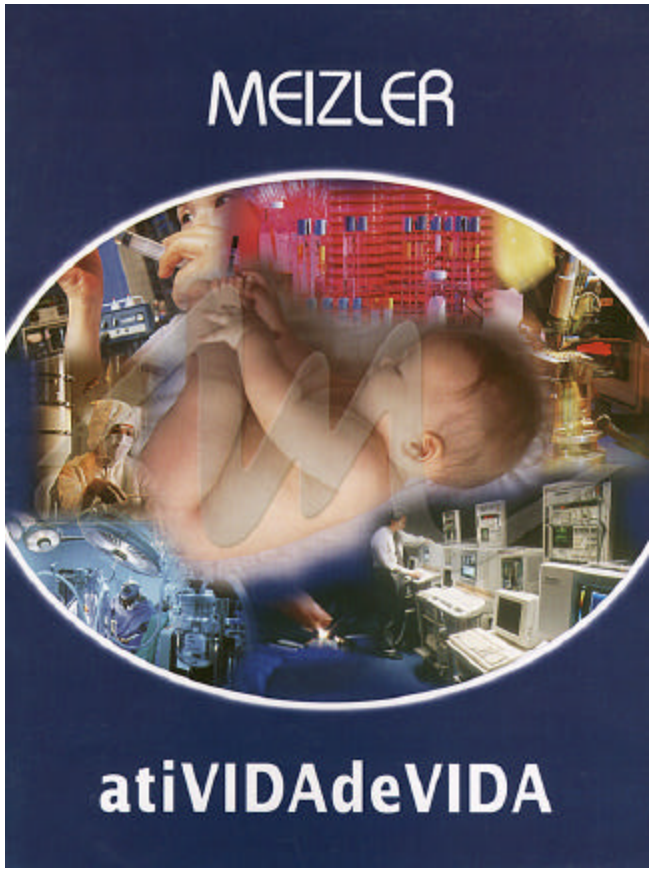


Figura 2
Catálogo *Meizler* – Atividade de vida

Vale a pena mencionar que na linha de produtos desta companhia se encontram medicamentos antineoplásicos, anestésicos e antipsicóticos, cardiovasculares, hemoderivados, antibióticos e antivirais, oftalmológicos e hormônios. No entanto, privilegia-se a imagem de um bebê no centro da *atividade de vida*, ainda que a linha de hormônios oferecida seja menor do que, por exemplo, a de antineoplásicos[20]. Essa imagem antecipa alguns dos elementos acerca do repertório de imagens da RA, que serão abordados mais adiante.

A economia do mercado dos medicamentos se decompõe em esferas sucessivas e bem separadas, que obedecem a leis diferentes, porém complementares e intersectadas na figura do médico. A troca estabelecida entre os porta-vozes do laboratório e o médico é o valor de uso, através de prospectos ou material de apoio (informes *científicos*), mas não do medicamento propriamente dito. De fato, o médico troca sua disposição para prescrever o medicamento num momento em que o vendedor do laboratório já não estará presente. Piganarre indica que a inexistência de um contrato, como na maior parte dos mercados, não garante a efetiva prescrição do medicamento. Porém, consideramos que, no campo da RA, a relação entre vendedor e especialista é mais duradoura e permanente do que indica esse autor. Além da continuidade das parcerias, o laboratório cria mecanismos através do quais realiza um tipo de supervisão, de *prestação de contas* pelos benefícios proporcionados à clínica ou ao especialista. Geralmente, o mesmo propagandista-vendedor visita os mesmos médicos, o que possibilita manter a vigilância e permanência da relação.

Quando o vendedor sai de cena, prevalece a relação entre médico e paciente, no qual Pignarre indica outro desdobramento: o valor do uso do medicamento passa a ser o valor de uso para o outro que o consome.

A prescrição do medicamento é vertical –o médico indica o medicamento para o paciente que o toma. Essa hierarquia é também corroborada no diagnóstico, que transforma o paciente num caso e o coloca no universo de valores de uso em que ele delega, cada vez mais, sua vida nas mãos do especialista. O mundo do medicamento é altamente técnico, o que confere poder aos especialistas sem que o paciente tenha chance de negociação sobre o consumo do medicamento.

Nesse momento, os aspectos econômicos envolvidos na produção do medicamento e justificados em nome da ciência tornam-se invisíveis. A necessidade médica e a criação de mercado fazem parte de um mesmo mecanismo, "que capta e redefine os objetos medicamentos e as patologias sem que eles se oponham entre si, porque não há de um lado ciência e de outro o social: ambos são inventados simultaneamente." (Pignarre, 1999, p.142).

As análises de Pignarre e de Oudshoorn coincidem em mostrar o percurso da *invenção* dos medicamentos e dos hormônios sexuais e em negar a existência dos mesmos como uma *descoberta.*

[20] Medicamento que evita ou inibe o crescimento e a disseminação de células malignas.

O sofisticado processo, através do qual se produz e socializa o medicamento, a tradução do biológico em social, traz como conseqüência a re-definição de vários aspectos sociais, na medida em que medicamentos/hormônios "desenham" o corpo e seu funcionamento a partir de novas patologias: "Os medicamentos fabricam o social, cujas coordenadas podemos encontrar estudando a maneira pela qual eles *dobram* conjuntamente o biológico e o social no modo de constituição de suas peças, de suas engrenagens." (Pigarre, p.146; ênfase do autor).

No caso da indústria de produção de hormônios sexuais, Oudshoorn (1994) ressalta como estes mudaram nosso mundo e, no seu domínio extensivo, os tratamentos médicos do corpo humano, nossa compreensão de sexo e corpo e, particularmente, a relação das mulheres com a reprodução.

Se num primeiro momento os hormônios permitiram a separação entre sexo e reprodução, sua associação com outras tecnologias/artefatos abriu caminho para a reprodução sem sexo, configurando parte dos dispositivos através dos quais o desejo do filho biológico é construído.

Os deslocamentos como efeitos materiais

Pfeffer (1993) aponta um rápido aumento do número de ginecologistas que começaram a fazer RA, na Grã Bretanha, depois do nascimento da primeira bebê de proveta, assim como a aceleração no ritmo do crescimento das diferentes tecnologias oferecidas. Entre 1986 e 1992 os serviços de FIV triplicaram nesta região, apesar de que o capital necessário para sua implementação era consideravelmente maior do que o exigido por outras técnicas, a exemplo da GIFT. No geral, os custos de treinamento dos especialistas eram assumidos por indústrias farmacêuticas, como o laboratório *Serono*.[21]

Os medicamentos entram em concorrência com outros procedimentos médicos que também estão imersos nas leis gerais de mercado. No caso da RA, cada técnica envolve uma série de procedimentos diagnósticos e de intervenção, sendo que a sofisticação das tecnologias expande o número de componentes necessários, deslocando procedimentos mais simples e concorrentes que não se alinhem ao ritmo do avanço tecnológico.

[21] Segundo Pfeffer, o consórcio *Ares-Serono* comprou a *Bourn Hall,* clínica privada de FIV, fundada sete anos atrás por Edwards e Steptoe, artífices da primeira bebê de proveta. Desse modo, o consórcio, que nessa época era o maior provedor mundial de gonadotrofina (hormônio sexual), comprou o maior cliente de seus produtos. Para o consórcio essa transação representou, nos anos 80, uma grande expansão de vendas, reflexo da demanda por medicamentos para fertilidade, estimulada pela tecnologia conceptiva. Em 1988, a *Burn Hall* se fundiu com a *The Hallam Center,* outra clínica privada de infertilidade. O consórcio se gabara de ser o maior centro de FIV do mundo. Em 1990, os especialistas da *Bourn-Hallam* treinaram médicos e ajudaram a instalar clínicas de RA na China, Japão, USA, Índia, Itália, Malásia, Tailândia, Singapura, Austrália, Indonésia, Coréia e Áustria. Essa estratégia comercial para incrementar os rendimentos não tinha precedentes na história da medicina britânica (Pfeffer, 1999, p.166-7).

No entanto, como afirma Oudshoorn (1994), as tecnologias não são simplesmente transportadas de um local para outro. Elas configuram os usuários e se tornam universais e eventos naturais mediante uma série de processos. Numa linha similar à indicada por Latour e Woolgar (1997) acerca da produção de fatos científicos, a autora distingue como características essenciais da ciência e da tecnologia o esforço por universalizar e descontextualizar o conhecimento.

Os conceitos científicos adquirem *status* de "fatos naturais" num duplo processo: no primeiro momento, os cientistas criam os contextos nos quais seus conhecimentos são aceitos como fatos científicos e suas tecnologias funcionam. Posteriormente, escondem os contextos nos quais se originaram os fatos científicos, fazendo-nos acreditar que o conhecimento não depende de qualquer contexto social.

A contextualização e descontextualização, como estratégias para universalizar o conhecimento científico e tecnológico, também podem ser identificadas na promoção e realização de estudos multicêntricos financiados pela indústria farmacêutica, assim como através da publicidade de medicamentos e equipamentos usados na RA.

Se a propaganda de hormônios para uso contraceptivo e/ou supressão menstrual e reposição hormonal tem como público-alvo as mulheres, a publicidade de medicamentos para RA é direcionadas aos médicos. Talvez possamos pensar nas representações e re-apresentações dos eventos para os quais se indica o uso de medicamentos como parte dos efeitos materiais de seu processo de construção, particularmente, a re-apresentação da reprodução por via do *helping hand* que a ciência e a tecnologia proporciona à natureza.

Os folhetos de divulgação de contraceptivos com efeito supressor da menstruação investem na atribuição de um valor negativo à menstruação. A supressão menstrual, considerada inicialmente como efeito indesejável do uso de alguns contraceptivos, ganha outra dimensão na apresentação dos novos contraceptivos. O investimento simbólico passa a ser na menstruação como causa de doenças, sintomas desagradáveis, incômodos, fraqueza e debilidade, entre outros estados, incompatíveis com a imagem da mulher moderna, trabalhadora, competitiva, que planeja sua vida e não se sujeita à "natureza cíclica" do corpo feminino. "Assim como essa mulher, os contraceptivos também são caracterizados como modernos e a alta tecnologia através da qual são produzidos é enfatizada como revolucionária." (Manica, 2003, p.157). Essas representações constituem operadores que introduzem mudanças na relação com o corpo e seus processos.

No caso dos folhetos de medicamentos para RA observamos uma certa homogeneidade e reiteração nos conteúdos e imagens. A imagem utilizada pela *Serono,* para promover o *Cetrotide*[22]*,* nem sempre aparece acompanhada de texto ou repete a mesma frase: *tornando a vida mais fácil desde o seu início,* traduzida para português, espanhol ou inglês, segundo o local de circulação do folheto. Possivelmente a imagem dispense o texto, pois se trata de uma mulher que carrega no colo um bebê, num gesto de contato, prazer, ternura.

A reiteração de imagens é usada pelo mesmo laboratório para promover outro medicamento de estimulação hormonal. Nesse caso, usa coloridas imagens de espermatozóides penetrando óvulos e o processo de divisão celular após a fecundação (Figura 6). Chama a atenção o apelo dos laboratórios às imagens e frases que exaltam os valores ligados à maternidade, mais especificamente os atribuídos à maternidade biológica que, como se verá mais adiante, também são usados na publicidade orientada às/aos potenciais usuárias/os dos serviços de RA.

A geração tecnológica é considerada um milagre –possivelmente um dos maiores empreendimentos do mundo contemporâneo– que fica nas mãos do médico ou depende de sua assistência para sua realização, colocando-o no lugar de gestor de vida. Os medicamentos e a intervenção médica tornam-se condições imprescindíveis para sua realização, como parece sugerir a Figura 3.

[22] Medicamento indicado para a prevenção de ovulação prematura em pacientes submetidas à estimulação ovariana controlada para coleta de oócitos a serem usados com técnicas de reprodução assistida. *Monografia do produto*. Laboratório *Serono.*

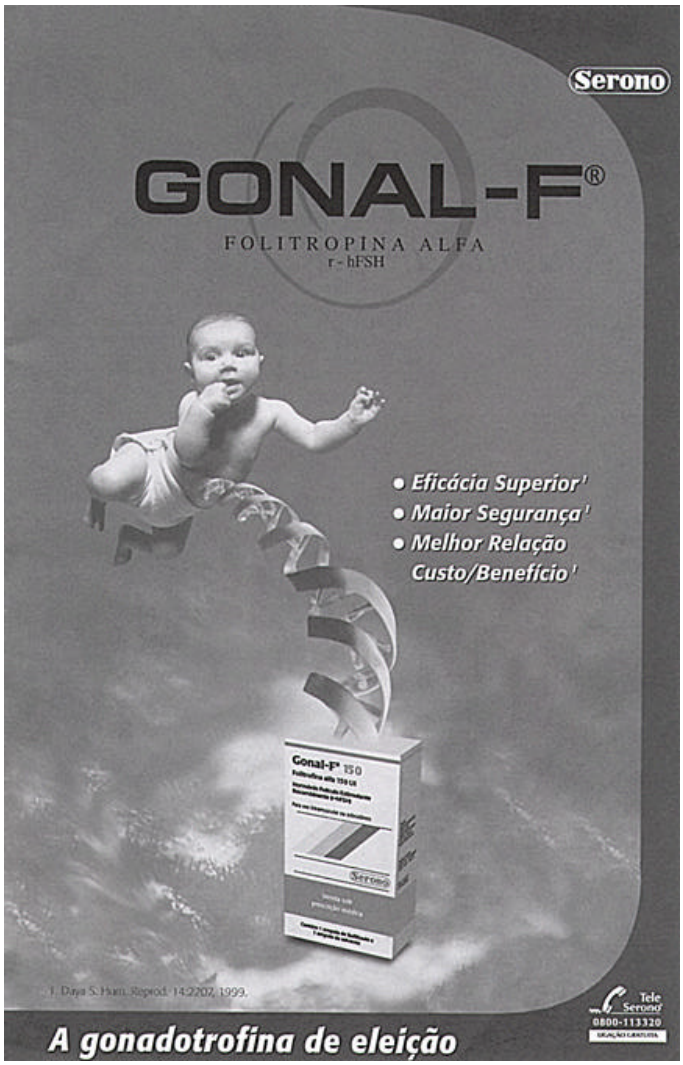


Figura 3
Propaganda Laboratório *Serono* – Gonal F[23]

A ligação do bebê à caixa de medicamento, simulando um cordão umbilical, *tecnologiza* a produção da vida. A imagem lembra a análise de Petchesky (1987) acerca da visualização do feto mediante o ultra-som, como se fosse uma entidade flutuante, não contida. Mas, nas imagens usadas na RA não se trata de fetos e sim de bebês "prontos", com a beleza e a certeza de sobrevivência que ganham alguns meses depois do nascimento. O bebê da Figura 3 tem autonomia da mãe, mas não do medicamento. No final de contas, um bom final depende de um bom e controlado início. Desloca-se o poder de geração da vida da mulher para o medicamento, cuja efetividade depende,

[23] *Gonal F* é um Hormônio Folículo Estimulante (FSH) recombinante produzido através da engenharia genética, utilizando células do ovário de hamster chinês. Este hormônio é utilizada na RA para o estímulo multifolicular em pacientes submetidas a técnicas como FIV e/ou ICSI (*Monografia do produto. Serono*). O *Cetrotide* (nota anterior) controla, entre outros, a secreção endógena do FSH para prevenir a ovulação prematura em pacientes submetidas a estimulação ovariana (*Monografia do produto.* Laboratório *Serono*).

entre outros fatores, da habilidade do médico para indicar a dose certa nos casos certos. Essa imagem parece seguir a mesma lógica da Figura 4: um ou uma profissional da medicina segura um bebê nas mãos, com o sugestivo texto: *Às vezes até os milagres necessitam de uma pequena ajuda...*

Figura 4
Propaganda Laboratório *Serono* ─Crinone

A imagem parece indicar o momento do parto, cena na que tampouco aparece a mãe. O medicamento e o especialista constituem os protagonistas da geração da vida, o *helping hand,* que sugere parte das estratégias através das quais se coloca em "evidência" a ineficiência da natureza e o domínio da mesma mediante a biotecnologia. Em artigo publicado em 1993, Franklin apresenta a imagem de uma propaganda de *Serono,* composta em duas partes, com um texto similar ao anterior: *If nature can't deliver... with Metrodin's help you can.* No entanto, as imagens são diferentes. Na primeira, aparece o desenho de um berço vazio, cujas barras se refletem na parede e, atrás delas, a

sombra de um casal. A sobreposição das barras sob a sombra do casal sugere a idéia de prisão, possivelmente uma condenação imposta pela infertilidade. Na segunda, acompanhada do texto *with Metrodin's help you can* aparece o desenho do casal com um bebê no colo e rostos delineados.

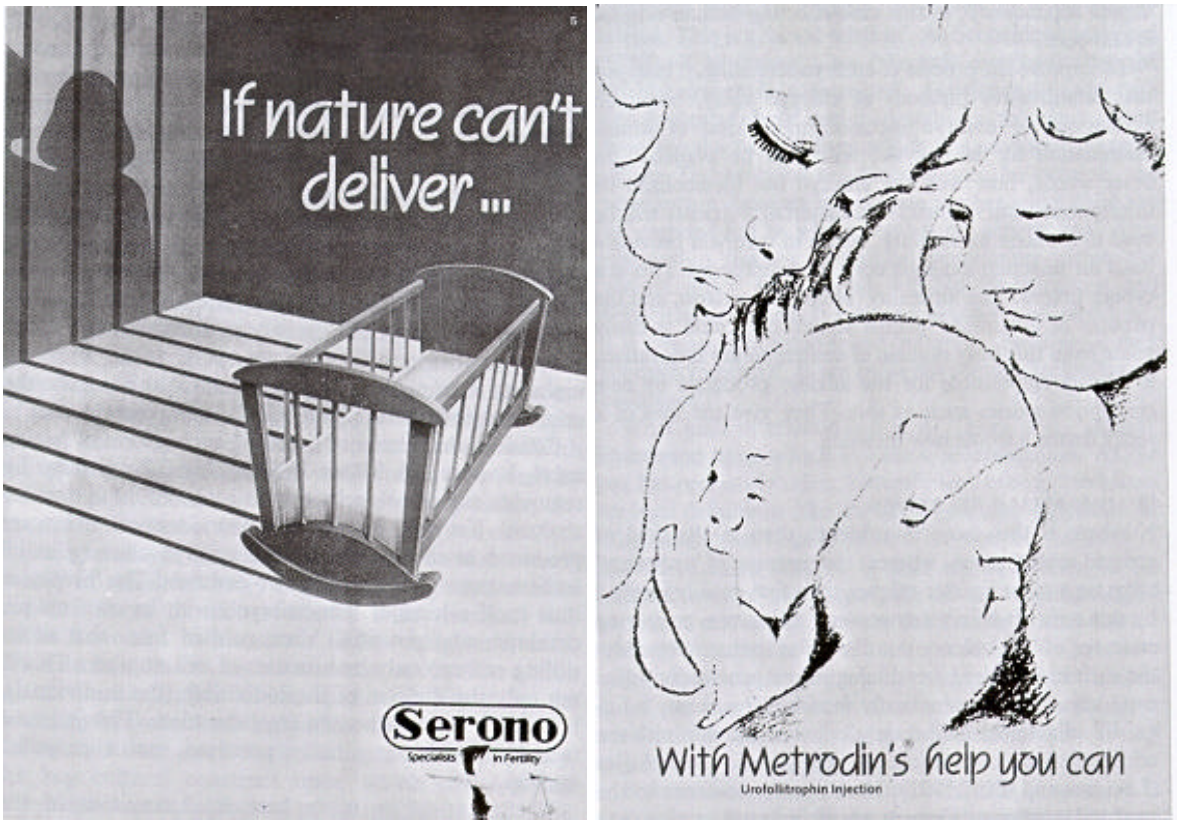


Figura 5
Propaganda Laboratório *Serono* —Metrodin

O medicamento parece permitir a passagem da escuridão, produzida pela infertilidade, à luminescência na qual os sujeitos adquirem uma identidade, um rosto e a completude. As propagandas produzidas pelo mesmo laboratório parece que se tornaram mais ousadas quanto ao deslocamento de mães e pais e à utilização fotografias –efeito que proporciona um caráter mais real.

O laboratório *Besins Brasil* parece apelar para um tipo de intervenção mais conservadora, aproximando-se da natureza. Na propaganda de um medicamento, também utilizado nos ciclos de FIV, enfatiza-se o fato de ser um hormônio natural, sintetizado a partir das raízes de uma planta. Um dos folhetos destaca a frase *Utrogestan: cuidando do milagre da vida;* ao lado da imagem de um recém nascido chupando dedo, colocada no interior de um objeto de forma oval que sugere o formato do comprimido, pode-se ler: *Hoje, a medicina de reprodução humana e a progesterona de última geração permitem tornar realidade o sonho de ser mãe.*

A indústria de equipamentos médicos também exalta na sua publicidade a produção da vida. A empresa *Spectrun – Bio Engenharia Médica Hospitalar Ltda*. promove uma diversidade de produtos com a frase *Assistir à reprodução. Esta é nossa recompensa!*. Nesse contexto, o verbo assistir tem duplo sentido: testemunhar e auxiliar, uma vez que esta empresa oferece uma linha de produtos para visualização e realização de procedimentos ligados à RA.

O uso de equipamentos médico-hospitalares, assim como de tecnologias diagnósticas e de intervenção, está associado a um conjunto de insumos físicos e químicos que, segundo Furtado (2001), ampliam a relação entre comprador e vendedor e colocam o usuário numa situação de dependência do fornecedor mais ou menos prolongada. Um dos especialistas do setor público manifestou, em entrevista, que poucos admitem a RA como um negócio lucrativo, comparável à cesariana no país. Os dois tipos de intervenção envolvem e favorecem não só os especialistas que realizam os procedimentos, mas também outros profissionais, a indústria farmacêutica e a indústria de instrumentos e suprimentos médicos, formando uma rede de difícil manejo e controle.

A publicidade dos laboratórios parecer ser a mesma para todos os países, como sugerem os mesmos folhetos que circulam em diferentes idiomas e as análises realizadas por Franklin (1993) no Reino Unido. As imagens exploram o momento de fecundação e divisão celular que, como manifesta Chazan (2002), não tem referentes no mundo "real", objetivando o processo de reprodução como um evento científico e tecnicamente capturado, que aconteceria de igual maneira em qualquer contexto social ou cultural. Essa questão pode ser considerada como um dos *efeitos materiais* da tecnologia visual, isto é, o alargamento da representação do processo reprodutivo a estágios cada vez mais anteriores, que possibilitam, inclusive, a adjetivação dos gametas e sua descontextualização dos corpos que os produzem, como foi considerado anteriormente.

A figura 6 apresenta uma série de imagens usadas na publicidade de *Gonal F*, produto registrado pelo *Serono Group of Companies.* Considerando a dinâmica do mercado, o registro deve ser não só da molécula e do medicamento, mas também das imagens a ele associadas. No entanto, essas mesmas imagens são usadas isoladamente em folhetos e páginas eletrônicas do campo da RA. Note-se que a primeira imagem da segunda coluna é a mesma utilizada na Figura 11, usada como chamariz na página eletrônica de uma clínica de RA no Brasil. Os laboratórios não só produzem seus medicamentos, como também as imagens.

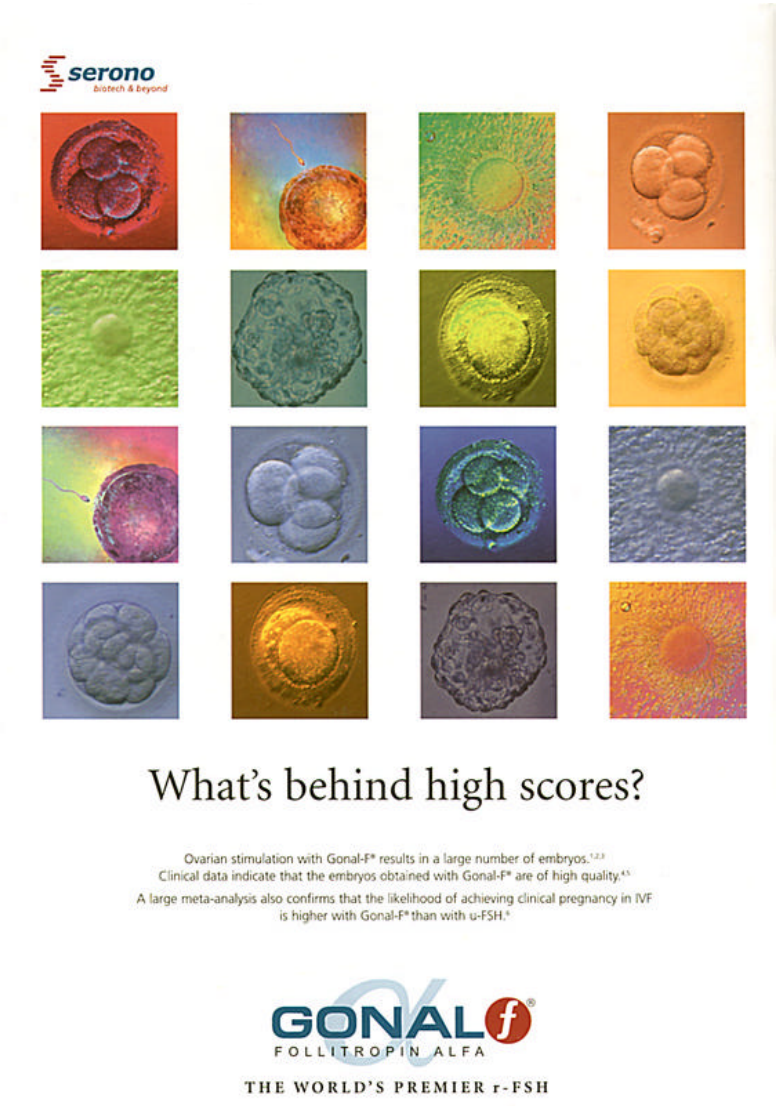


Figura 6
Propaganda Laboratório *Serono* – What's behind high scores?

Essa publicidade descontextualizada e universalizada explora a *naturalidade* do desejo de filho –*instintivo, atávico, soberano*–, como se verá mais adiante. A imagem que ilustra uma das propagandas de *Organon* mostra em traços simples as silhuetas de um homem, uma mulher e uma criança, sem rosto, que indicam a formação da família nuclear, acompanhada da frase *Uma nova solução para um antigo problema* (Figura 7). Essa imagem é bastante similar à que é reproduzida por Kirejczyk (1993) (Figura 8). O mesmo conceito foi também usado como logo no V Congresso – traços simples desenham pai, mãe e bebê contidos numa barriga, aludindo não só a gestação de um bebê, mas de uma família.

Figura 7
Propaganda Laboratório *Organon - Puregon*

Figura 8
Propaganda Laboratório *Serono – So you want to have a baby*

Como mencionado anteriormente, o conteúdo dessas imagens é um efeito material do processo de configuração da RA, enquanto constituem formas de dar sentido e atribuir significados à assistência médico-tecnológica da reprodução, isto é, "operadores culturais" orientados à introdução, difusão e aceitação de novas formas e conceitos de produzir vida. As imagens abrem espaço para a comunicação de acesso a outras possibilidades de significação, alargando o universo de representação tradicional da reprodução.

A intervenção tecnológica na reprodução viria a superar a ineficiência da natureza, através da habilidade e capacidade dos especialistas para sua execução; monitoramento, manipulação e controle do fenômeno da criação "divina". A publicidade orientada aos especialistas da RA explora valores tradicionais ligados à maternidade biológica e à configuração da família nuclear e, a princípio, parece não se diferenciar dos valores exaltados nas propagandas orientadas para a/os potenciais usuárias/os dessas tecnologias. No entanto, algumas diferenças podem ser identificadas. O deslocamento ou ausência da mulher, em conseqüência da centralidade atribuída ao médico e à

técnica (física ou química) nas propagandas dirigidas aos profissionais, é amenizado nas imagens dirigidas às/aos usuários destes serviços, que priorizam imagens de óvulos, espermatozóides, bebês e famílias "completas".

Como observa Maingueneau (1993) sobre a produção discursiva no campo científico, não podemos afirmar que todos os especialistas, envolvidos em diferentes níveis nesse campo de atuação, tenham o mesmo grau de envolvimento nas redes nas quais se produzem os discursos e a imagística da RA, no entanto, essa produção representa uma condição essencial da constituição e funcionamento do campo.

Estratégias de divulgação para usuárias/os

No Brasil, identificam-se várias estratégias para divulgar a RA. Além da informação difundida permanentemente na imprensa escrita e televisiva, algumas clínicas realizam, periodicamente, palestras abertas ao público e teleconferências. Também circulam folhetos e outros tipos de publicações para quem encara a ausência involuntária de filhos biológicos como problema. No entanto, a internet é o principal meio de divulgação orientado para as/os potenciais usuárias/os destes serviços, que, geralmente, dispõem de uma página eletrônica. Em termos gerais, estas estratégias objetivam a compreensão da infertilidade e das técnicas disponíveis no país.

Esta parte se propõe a identificar aspectos comuns às diversas estratégias, com a finalidade de observar formas de apresentação da RA. Do material impresso que circula no país, foram escolhidos dois livros: *Tudo por um bebê,* do médico especialista em reprodução humana Roger Abdelmassih (1999) e *Quero ser mãe: histórias reais de mulheres que engravidaram com a ajuda da ciência,* da jornalista Cláudia Collucci (2000). *Tudo por um bebê* é também o título de uma teleconferência proferida periodicamente pelo Dr. Abdelmassih. Observamos aqui alguns aspectos deste evento em conjunção com outras publicações da clínica deste especialista, em tanto que esta apresenta mais e maiores estratégias de divulgação. Posteriormente, apresentamos algumas narrativas das páginas eletrônicas de diversas clínicas do país.

Quero ser mãe

Histórias reais de mulheres que engravidaram com a ajuda da ciência, chamada de capa deste livro, acompanha o olho de uma mulher e, no centro deste, o rosto de bebê, sugerindo a expressão de desejo, de ilusão. O livro narra a história de 30 mulheres que se submeteram a procedimentos de RA, na *luta por engravidar*, numa mesma clínica, localizada em Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo.

A autora, jornalista da *Folha de S.Paulo,* após uma reportagem sobre um casal de gêmeos nascidos em épocas diferentes, foi procurada pelo Dr. José G. Franco Júnior, diretor do centro de Ribeirão Preto, que incentivou a publicação, dada a inexistência desse tipo de literatura no mercado editorial nacional. Este especialista tornou-se o consultor dessa publicação e seu nome aparece na última página do livro, junto aos dados da autora, que também se tornou uma *expert* no assunto.

Collucci manifesta que se propôs a escrever este livro sem fazer apologia à fertilização artificial. Por estar no meio jornalístico, estava ciente da ilusão que a mídia passa para as pessoas que não conseguem engravidar. Relata casos com final feliz, mas também as dificuldades encontradas no processo, a mudança no estilo de vida desses casais, assim como o desgaste emocional que envolve esses procedimentos, especialmente, frente à quantidade de tentativas frustradas. Dentre os casos, narra-se a história de duas mulheres que optaram pela adoção.

Na capa do livro se destaca a inclusão do depoimento de uma conhecida apresentadora de TV, que deu à luz trigêmeos, após *tratamento* realizado nessa clínica. De fato, como mencionado anteriormente, o uso de figuras públicas é uma estratégia para divulgar o médico, a clínica e, neste caso, o livro. Segundo afirma Collucci no *site* desta publicação (Palavra Mágica), muitas das mulheres entrevistadas que engravidaram depois de 1997 mediante estes procedimentos, diziam ter-se inspirado no casal de apresentadores. O preconceito que rondava a alternativa da fertilização artificial teria sido vencido após este conhecido casal anunciar, em rede nacional de TV, a gravidez. O diretor da clínica também reconheceu, durante a I Jornada de Psicologia e RA, que o índice de demanda nesse centro cresceu consideravelmente após se tornar pública esta gravidez e o nascimento dos trigêmeos. A jornalista, que sempre se mostrara cautelosa e temerosa em expor as crianças na mídia, aceitou dar o depoimento por mediação do diretor da clínica.

Em termos gerais, as histórias contam as diversas tentativas, frustrações e dificuldades financeiras advindas desse processo. Essas narrativas se tornam verdadeiros *casos* ou histórias, dignas de serem publicadas, na medida em que comovem e transmitem para o leitor o drama, a dor e os conflitos desencadeados pela ausência involuntária de filhos, cuja intensidade justifica o fato de entrar em verdadeiras odisséias. “Não me envergonho de dizer que nunca chorei tanto em toda a minha vida. É um grande desafio manter a tão falada imparcialidade jornalística em um momento desses. Na minha vida de repórter, sempre tentei conter as emoções. Ao me deparar com esses casos, relaxei. Vivi cada dor e cada alegria...”, comenta a autora no *site* do livro.

A recompensa pela odisséia empreendida é um ou mais filhos altamente valorados, uma vez que o custo, afetivo e econômico, pago para sua gestação é muito grande. Uma das questões que saltam à vista nesta publicação é o número de tentativas ou de ciclos feitos em cada caso. Reiteradamente se indica que muitas dessas mulheres consultaram, com resultados negativos, outros

centros especialmente em São Paulo, capital. No final, elas teriam chegado à clínica de Ribeirão Preto, onde se sentiram à vontade e o procedimento deu certo na maioria dos casos narrados –17 das 30 mulheres fizeram até 3 tentativas, 6 delas entre 3 e 6 tentativas e, 7 realizaram mais de seis. Não se explicita se nesses números estão incluídas as tentativas feitas fora do centro de Ribeirão Preto.

Geralmente, o sucesso das diversas tecnologias reprodutivas é indicado por taxas cumulativas e divergem segundo a fonte. Para algumas técnicas são indicados seis ciclos e para outras quatro ou três, do qual se deriva que a renda familiar do casal constitua um dos critérios de avaliação de cada caso, segundo um dos nossos entrevistados. A renda familiar das mulheres entrevistadas nesta publicação é:

5	Até 20 salários mínimos
13	20 a 50 salários mínimos
9	Até 100 salários mínimos
3	Acima de 100 salários mínimos

A determinação do fator econômico é narrada sem pudor: sete das entrevistadas gastaram até US$5 mil, quinze até US$10 mil e oito acima de US$20 mil. Ainda que alguns casos apontem para as dificuldades econômicas de muitos casais para levar adiante a tentativa de ter um filho, ou da possibilidade de descontos oferecidos pela clínica, em outros são indicados o montante de dinheiro envolvido no projeto:

> *Aliviada. É assim que se sente Éster, a estilista, quando se lembra dos sete anos de tentativas de gravidez e vê que tudo isso ficou no passado. Ela investiu cerca de US$170 mil no projeto-filhos e garante que gastaria novamente até o último centavo para viver essa incrível experiência da maternidade* (Collucci, 2000, p.15).

> *Minha vida é trabalhar, juntar dinheiro e gastar com as tentativas de fertilização. Deixei de tirar férias e, para conseguir mais grana, dou muitos plantões à noite. É um dinheiro que você joga no ralo. A cada tentativa tenho de parar de trabalhar dez dias e fazer repouso...* (casal de cardiologistas, dez tentativas em oito anos, e um investimento de US$20 mil, Collucci 2000, p.115).

O esforço pessoal e financeiro não se restringe às várias tentativas de gravidez. O índice de gravidez múltipla –um dos riscos da RA– é alto, o que leva muitas destas mulheres a se afastarem do trabalho remunerado para repousar durante longos períodos, às vezes durante toda a gravidez, com o intuito de diminuir as chances de aborto ou parto prematuro. Além disso, o nascimento de vários bebês implica riscos médicos para a mulher e as crianças, que redundam em altos custos hospitalares e na montagem de uma infra-estrutura adequada para seus cuidados posteriores.

Apesar da autora explicitar seu desejo de não fazer apologia às NTRc e de indicar a adoção de crianças como uma "alternativa que deveria ser mais bem avaliada pelos casais durante essa luta, muitas vezes insana, em busca de um bebê" (p.117), a maioria das histórias segue o percurso de um final feliz, ao cabo do qual suas protagonistas justificam o sacrifício.

O final do livro convida a uma consulta mais detalhada sobre o tema na página eletrônica da editora, na qual aparecem as reações de algumas das mulheres que leram o livro. O que esses depoimentos parecem ter em comum é uma expressão de identificação e solidariedade com a dor e a frustração das mulheres sem filhos, além da manifestação do desejo de criar coragem para enfrentar estes procedimentos.

As mulheres destas histórias são retratadas como batalhadoras e obstinadas pelo desejo de maternidade. Mulheres que correram o risco e foram atrás de realizar seu sonho. Rapidamente, a autora enumera algumas explicações históricas, antropológicas e de arquétipos para este "obstinado" desejo, afirmando que, na virada do século XXI, as mulheres se debatem entre as conquistas sociais e a decisão de ser ou não mãe: "A maternidade, que sempre pareceu implícita à vida de toda mulher, hoje tem de ser almejada, planejada e, no caso de nossas personagens, buscada se preciso for, numa clínica de fertilização." (p.15).

No discurso das protagonistas de *Quero ser mãe* a maternidade aparece como um aspecto substancial à condição de mulher. Porém, não é só a experiência de maternidade que está em questão, passível de ser satisfeita com a adoção de crianças, como afirma uma delas:

> *Ser mãe está resolvido* (com a adoção)*, mas ser mulher não (...) A gravidez, para mim, é mais do que um sonho. É uma necessidade biológica"* (mulher de 41 anos que adotou um filho depois de oito tentativas frustradas de RA, p.123)

A experiência corporal de gestação, seja do filho com a carga genética do casal ou de doadores (nos casos de ovo-doação ou adoção de embriões), parece estar no âmago da questão, para afirmar uma identidade de gênero[24]. Entre as trinta histórias narradas, duas delas são centradas na adoção. Uma delas é atípica, pois a mulher de "rara generosidade" adotou oito crianças em sete anos, após duas tentativas frustradas de FIV. A outra história corresponde à mulher da frase citada acima que, ainda depois de oito tentativas frustradas –que a levaram a adotar uma criança–, "não desistiu da idéia de gerar um filho".

No meio de outras histórias bem sucedidas, a adoção de uma criança como alternativa em algum momento do processo, ou como fato, também é mencionada. Algumas das mulheres ou de seus parceiros rejeitaram radicalmente essa opção. Outras/os decidiram adotar[25], mas depois voltaram à clínica de reprodução até conseguir a geração do *próprio* filho. Algumas considerações acerca da relação entre adoção de crianças e RA serão feitas mais adiante. Por enquanto, chamamos a atenção para um certo desprestígio da adoção de crianças frente à solução biológica da ausência de filhos, apresentado nas narrativas.

[24] Note-se a diferença dessa perspectiva com a do Dr. Ferriani, descrita na II parte, na qual se privilegia a carga genética partilhada do filho, acima da experiência de gravidez.
[25] A maioria, casos de adoção à brasileira.

As histórias de RA, neste livro, são contadas por mulheres e dirigidas para outras mulheres. Ainda que a mídia e o discurso dos médicos aponte as causas da infertilidade do casal distribuídas eqüitativamente e repetidas até a exaustão (40% fator feminino, 40% fator masculino e 20% causas partilhadas ou desconhecidas), estes discursos continuam se estruturando no sofrimento das mulheres acarretado pela ausência de filhos. A distribuição eqüitativa das causas de infertilidade aparece também nas entrevistadas de Collucci: 11 correspondiam ao chamado fator masculino (varicocele, baixa quantidade de espermatozóides, vasectomia); 12 às causas femininas (endometriose, ovário policístico, trompas obstruídas, laqueadura, perda de ovários); e 7 à chamada ESCA (esterilidade sem causa aparente). Ainda assim, o discurso dos homens inférteis não transparece nos depoimentos destas mulheres. Talvez seja que o chamado *fator masculino* constitui mais uma causa de "infertilidade" feminina, tratada no corpo delas.

Tudo por um bebê

Tudo por um bebê. A luta do casal sem filhos em busca de uma solução é o título das palestras proferidas pelo Dr. Roger Abdelmassih, dono e diretor do maior centro de RA do Brasil e da América Latina. As teleconferências, iniciadas em 1998, por iniciativa da clínica do Dr. Roger e apóio do Sesc e o Senac, visam divulgar a RA e esclarecer dúvidas sobre estes procedimentos nas cidades do interior de São Paulo. Assistimos à transmissão da teleconferência realizada em junho de 2002, amplamente divulgada na imprensa escrita e no rádio[26].

A participação nesse evento requeria inscrição prévia. O auditório do Sesc – Campinas, com capacidade para 163 pessoas, estava lotado. Ainda que não tenhamos informação sobre o tipo de público, observamos que muitas das/os assistentes eram estudantes de uma escola de enfermagem da cidade, para as/os quais este evento fazia parte da atividade de aula; além de vários casais e profissionais da área de saúde. Na entrada do auditório foi distribuído o catálogo da clínica[27]. Alguns dias depois, foi enviado por correio, possivelmente para os inscritos nesse evento, o livro *Tudo por um bebê* e o encarte *Guia da reprodução assistida. Informações exclusivas para o casal em tratamento,* com uma carta de apresentação dirigida aos casais que procuram aprofundar

[26] Transmitida ao vivo pela Rede Sesc/Senac, em conexão simultânea para São Paulo capital e dezoito cidades do interior do Estado. O Dr. Roger comprou o espaço de transmissão da teleconferência, desse modo, os dados sobre a freqüência com que esta é feita, quantidade e características do público atingido são de domínio exclusivo da clínica.

[27] O catálogo *Tecnologia em favor da vida* também é distribuído entre médicos com o intuito de divulgar as atividades desenvolvidas nessa clínica, destacando a qualidade de atendimento que teria colocado seus resultados num lugar de excelência e transformado "São Paulo num pólo de referência continental na área de Reprodução Assistida".

informação sobre a RA. Apesar da heterogeneidade do público assistente, ficava evidente que essa estratégia de difusão era dirigida, principalmente, para o "casal infértil".

A teleconferência se iniciou com a exibição de um vídeo sobre a clínica, no qual se compilam reportagens de televisão, depoimentos de casais e as atividades aí desenvolvidas. A infertilidade é abordada como um "problema que tem solução", dando destaque à clínica através da figura do seu diretor. Como em outras publicações deste centro, a utilização de tecnologias de última geração, como a ICSI e a transferência de citoplasma, são amplamente destacadas, assim como a presença de uma equipe de cientistas e profissionais altamente especializados, que conseguem realizar um "diagnóstico perfeito", necessário para possibilitar o sucesso em 43% dos casos atendidos. O processo de RA é mostrado em cada uma de suas fases, acompanhado e controlado pelo Dr. Roger.

Após a exibição do vídeo, o Dr. Roger explicou que há dois ou três anos percorria as diferentes cidades do interior de São Paulo para divulgar a RA, mas encontrou no sistema de teleconferência um meio para atingir maior número de localidades, com a possibilidade de esclarecer dúvidas mediante o sistema de interatividade.

O especialista –com bastante habilidade no manejo da platéia– retomou as questões sobre os problemas para engravidar, explicando que os métodos "antigos", além de ter poucos resultados efetivos e invadir a intimidade sexual do casal, teriam sido superados pelo desenvolvimento tecnológico.

A infertilidade é tratada como uma das "dores mais doídas" por não ser partilhada, ainda que confrontada continuamente com a cobrança social. A tecnologia reprodutiva, afirmou o médico, oferece altas chances para aliviar a dor, mas é preciso ter paciência e determinação na busca do filho. A ansiedade gerada pela realização desse desejo pode provocar alterações hormonais que atrapalham o processo reprodutivo natural. Porém, na RA os medicamentos usados bloqueiam e controlam o processo hormonal isentando-o de alterações emocionais:

> *Vejam que coisa interessante. Um casal normal tem uma chance entre 15 a 18% normalmente e o casal anormal pode chegar a 50% de filho nascido por tentativa se ela tiver até 35 anos. Então, veja que coisa incrível que é a RA, o que é hoje a tecnologia... 3 vezes mais chance de gravidez natural para um casal que tenha problemas sérios.*[28]

As desvantagens da RA se tornam vantagens na retórica do controle, muito bem exploradas por este especialista em vários momentos. A gravidez múltipla, um dos maiores riscos da RA, foi revertida de forma habilidosa pelo Dr. Roger, afirmando sua existência em outros contextos, por exemplo, quando a mulher toma o medicamento de estimulação para ovulação e "vai namorar". A

[28] Falas gravadas e transcritas.

diferença é que nesse caso a mulher não tem controle sobre a situação, pode ter um, dois ou mais de três filhos. Porém, com a FIV e a ICSI "nós temos o controle".

Após a explicação sintética das causas da infertilidade, exames diagnósticos, técnicas, entre outros, respondeu às perguntas da entrevistadora e do público de maneira assertiva, rápida e categórica. Ante a indagação de se uma mulher pode ter filho na menopausa, ele afirmou:

> *Lógico que pode. Pode usar um óvulo doado e pode ser mãe. A mãe com mais idade que nos tivemos foi de 58 anos. Usou óvulo doado. Ela está feliz agora. A criança deve ter 6 ou 7 anos. Ela renovou-se, ela esta muito mais jovem porque ela esta feliz, tem filho.*
>
> *Quantas mulheres formosas e lindas, com 48 ou 50 anos casam de novo, querem ter filho com aquele homem. Porque não? Mas elas não têm mais óvulos. Futuramente, se Deus quiser (...) no laboratório estamos criando esses óvulos: pego uma célula qualquer do corpo da mulher ou do animal que nós estamos trabalhando* [camundongo], *pego o núcleo dessa célula que é diplóide* [tem 46 pares de cromossomos] *e coloco dentro de uma célula vazia* [da] *que eu tirei o núcleo. Aí nós deixamos esse núcleo diplóide, com 46 pares, e ai começa a divisão. Eu tiro a metade desse núcleo então ficam 23 pares, que é o óvulo. O óvulo tem 23 pares de cromossomos e o espermatozóide também, então quando se unem começa um embrião que tem 46 pares.*
>
> *Não tem nada tipo clone, mas inicia-se como se fosse. A base primeira é parecida, mas não tem nada de clonagem. É outro caminho. Por esse mesmo caminho vai poder-se fazer espermatozóide. (...) Fazendo óvulos e espermatozóides não vamos precisar fazer clones, porque nós estaremos resolvendo o problema do casal que não tem mais essas células que ai...* [é que] *começa a se pensar em clone.*

As respostas do especialista mostram o entusiasmo pela perspectiva tecnológica. A estratégia de resposta rápida, simples e em primeira pessoa indica a atribuição de poder que o facultaria para fazer aquilo que a técnica lhe permite. Não há espaço para considerações de ordem ética ou social que poderiam mediar o uso e a experimentação de tecnologias, justificadas para amenizar a dor ocasionada pela ausência de filhos.

Se estas, por acaso, aparecem são ligadas à clonagem reprodutiva. Vale lembrar a linha de raciocínio de Walter Ceneviva (na I parte) sobre a "condição humana", que estaria preservada na RA enquanto a origem do novo ser provenha da junção de gametas femininos e masculinos, ainda que produzidas no laboratório, e que sua junção ocorra extracorporalmente[29]. Não aconteceria o mesmo com a clonagem reprodutiva que, nessa perspectiva, seria uma afronta à condição humana. O centro de pesquisa e clínica do Dr. Roger parece aproveitar esse argumento para introduzir e justificar as pesquisas de criação de gametas no laboratório, preservando o caráter *natural* do processo reprodutivo humano. Isto é, preservar a reprodução sexuada dada pela fusão de células sexuais femininas e masculinas, ainda que na ausência do ato sexual.

[29] Esta é uma entre as muitas questões levantadas pela clonagem reprodutiva. A discussão, altamente polêmica e profícua nos seus argumentos, ultrapassa nossos objetivos por isto não foi abordada de maneira específica neste trabalho.

As inquietações por parte do público giraram em torno de questões específicas acerca das diferentes técnicas e das possibilidades de sucesso para cada caso consultado. Um médico indagou a opinião do Dr. Roger acerca da reportagem publicada, por aqueles dias, sobre o aumento de risco de malformação genética entre os bebês da RA (*Veja,* 22/05/2002). O especialista desqualificou a reportagem por se basear num único trabalho e não ter procurado especialistas para ter mais sustentação. No entanto, nessa matéria foram consultados o Dr. Jorge Hallak (médico urologista e especialista em reprodução humana do HC/USP) e a Dra. Mayana Zatz (geneticista da USP).

> *Eu mesmo que tenho quase três mil bebês de proveta nascidos, eu posso dizer que, a grande maioria também pela técnica de FIV e ICSI, o índice de malformações é absolutamente abaixo do índice de malformações da população mundial, geral, natural. Então, infelizmente foi uma pisada na bola desta revista (...)* [que] *nem publicou cartas enviadas pela SBRH* [nem] *e a nossa própria carta* [solicitando correção da matéria].

A maravilhosa fábrica de bebês

O que a ciência pode fazer para ajudar você a realizar seu sonho. Esta é a chamada de capa do livro *Tudo por um bebê*[30]*,* também do Dr. Abdelmassih, no qual se mostra que "o doce sonho de ter um filho é mais viável do que possa imaginar nossa vã ansiedade." O livro é dirigido aos casais que "ainda não desistiram de seu sonho" e explica as diversas questões relativas à RA: o que é infertilidade, suas causas, procedimentos diagnósticos, técnicas disponíveis, etc. A capa traz a foto de um bebê com um sapato rosa e outro azul, do lado de imagens de micromanipulação de gametas. Na contracapa, o Dr. Roger carrega o casal de gêmeos de Pelé, concebidos nessa clínica[31].

À diferença do livro de Collucci, no qual os dramas das mulheres "inférteis" são protagonistas –questão sugerida na capa–, em *Tudo por um bebê* o protagonismo fica na medicina reprodutiva e nas façanhas da clínica. Todavia, os dois livros partem do desejo de ter um filho biológico como principal impulsor do empreendimento tecnológico da concepção. Para Dr. Abselmassih, esse desejo é "atávico e soberano", primário e transcultural, uma vez que estaria associado a um instinto de preservação, impresso na "memória ancestral de nossas células" e a um desejo de imortalidade genética.[32]

A frustração desse imperativo *genético*, ligada à pressão social, ocasionaria o "drama" dos casais sem filhos, abalados no nível pessoal, familiar e social. O autor chama a atenção para a pressão social acerca da necessidade de filhos na consolidação da família. Destaca, ainda, que a

[30] O livro teve sua primeira edição em 1994. Uma segunda e terceira edição revisada foram impressas em 1998 e 1999.
[31] Optamos por não reproduzir imagens dos bebês que efetivamente teriam sido concebidos mediante RA, apesar delas estarem expostas em materiais publicitários. Reproduzimos somente aquelas que, acreditamos, correspondem a bebês-propaganda.
[32] Essa perspectiva é a mesma divulgada por Silver (1997).

infertilidade não é uma doença, pois não se manifesta com sintomas, dor, nem constitui uma ameaça à vida, porém, ocasiona um *golpe violento* à personalidade do indivíduo, para o qual o "único remédio" é uma gravidez" (p.21). "A tradição fala alto", afirma Dr. Roger, que inclui as estratégias de *marketing* da indústria de produtos para bebês, altamente eficientes, na construção e/ou reforço desse desejo.

O livro proporciona um consolo para os casais sem filhos, ao mostrar os avanços da ciência que permitiriam a realização desse sonho, para o qual é preciso ter disposição para empreender a *batalha* contra a infertilidade. O ideário de que havendo determinação há solução é ilustrado com casos de casais anônimos ou ilustres[33] como exemplo da "distribuição democrática da ansiedade por um filho". À divulgação do caso do Pelé, chamado nessa clínica "efeito Pelé", é atribuída um resultado social que permitiu que muitos casais sem esperanças enxergassem a solução, especialmente através do uso da ICSI, com a qual *até* os homens que não produzem espermatozóides podem ter descendência.

O arsenal tecnológico e profissional dessa clínica teria possibilitado o nascimento do casal de gêmeos de Pelé, após tentativas fracassadas nos Estados Unidos. As gestações em casos onde *a natureza nada pode fazer* tornam-se *milagres* graças ao desenvolvimento da RA: "aquilo que era inusitado e fantástico vem se tornando rotina nas clínicas especializadas" (p.19). Como exemplo, são citados casos de gravidez em casais que não produzem gametas, de nascimentos em mulheres na menopausa e da *adoção biológica*. A transformação do sonho em realidade só se torna possível mediante o esforço da ciência para driblar as diferentes causas da infertilidade. Nesse sentido, enfatiza-se a importância das investigações desenvolvidas nessa clínica em associação com outras instituições internacionais.

A ineficiência da natureza é afirmada através dos dados –somente 16 a 20% dos casais "normais e saudáveis" têm chance de gravidez no período fértil da mulher. Esta baixa proporção se veria alterada em função das mudanças do mundo moderno. A liberação sexual e a conquista de mercado por parte das mulheres constituiriam uma ameaça para a fertilidade. Um número maior de parceiros sexuais estaria associado ao aumento de riscos de infecções dos órgãos reprodutivos. A conquista do mundo profissional teria atrasado, pelo menos uma década, a idade em que as mulheres decidem ter filhos. Também é mencionado o aumento na taxa de divórcio e recasamento,

[33] O catálogo *Tecnologia em favor...* e a mídia divulgam nomes de outras "personalidades" tratadas nessa clínica. Essa estratégia também é usada, em menor proporção, por outros centros, possivelmente porque não contam com o mesmo número de pacientes ilustres que recorreram ao prestigioso centro do Dr. Roger. A relação de forças entre os competidores pelo mercado também se expressa pela clientela que atrai a exclusividade de um tipo de público que, posteriormente é incorporado para reforçar e consolidar o capital social das clínicas, consagrando seu nome.

assim como o aumento do estresse da vida moderna e dos índices de poluição, que afetariam a fertilidade masculina.

Nesse contexto de ineficiência da natureza a "ciência torna-se mãe". O livro mostra as técnicas mais complexas de micro-manipulação: FIV, especialmente ICSI e outras técnicas complementares como a biópsia do embrião, *Assisted Hatching,* e a remoção de fragmentos, ilustradas com imagens muito elaboradas e bem tratadas (Figura 9). As técnicas consideradas de baixa complexidade sequer são mencionadas no livro.[34]

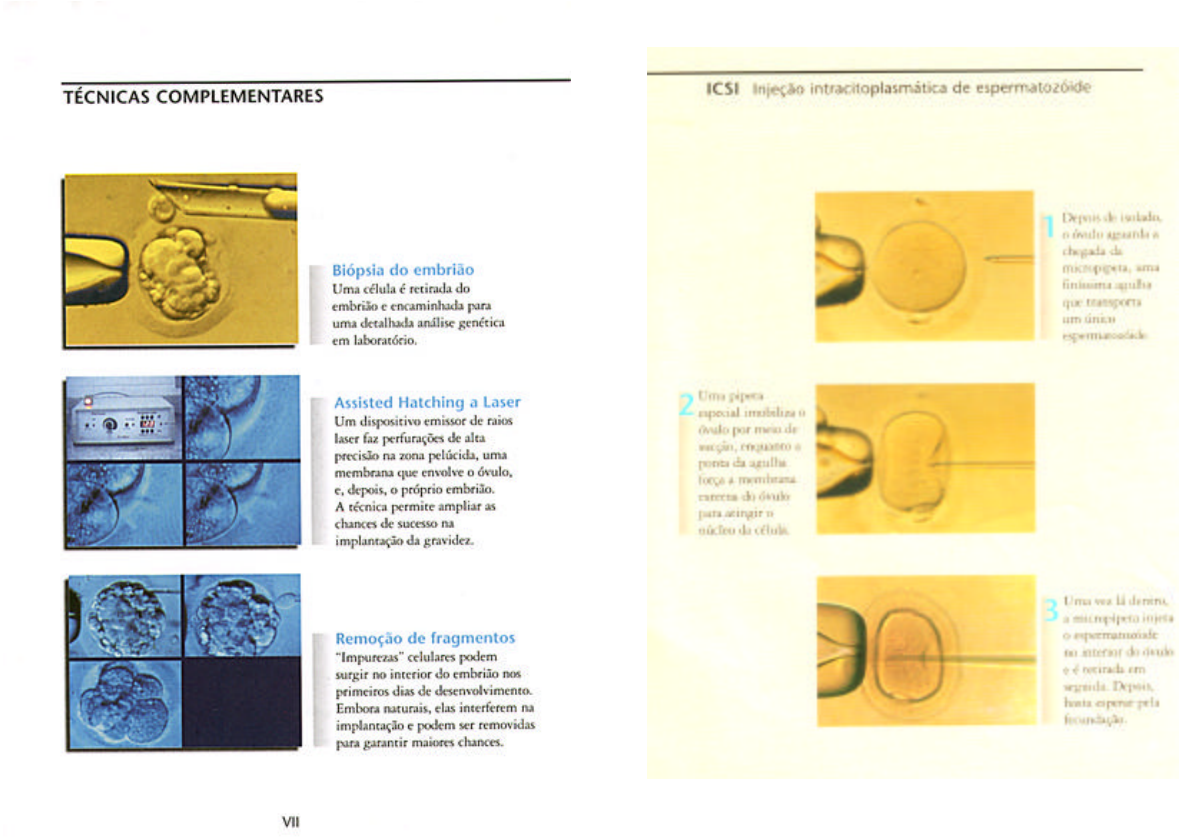


Figura 9
Técnicas de micromanipulação de gametas.
Tomadas de Abdelmassih (1999)

A ICSI, técnica privilegiada nesta publicação, foi introduzida por este centro no Brasil e estreada, publicamente, no caso Pelé. Essa tecnologia é apresentada como uma revolução e um divisor de águas na história da RA, apresentando índices médios de gravidez maiores do que a FIV,

[34] O *Guia de reprodução assistida. Informações exclusivas para o casal em tratamento,* folheto distribuído pela clínica, afirma que eles têm o maior número de pacientes tratados em América Latina. Isso faria com que a maioria destes já fora submetida, em outras clínicas, às técnicas mais simples. Embora existam outras alternativas de tratamento, a FIV e a ICSI são descritas por serem as técnicas utilizadas com mais freqüência nesse centro e por apresentar melhores resultados.

"quase o dobro do que a própria natureza tem a oferecer" (p. 63). Afirma-se que este seria "um meio de chegar mais rápido e com mais garantias ao bebê", e é passível de ser aplicada praticamente a todos os casos de infertilidade ou subfertilidade.

Alguns aspectos dessa técnica já foram abordados anteriormente. No entanto, é necessário salientar a importância dessa tecnologia na apresentação dessa clínica, como uma forma de evidenciar e divulgar seu nível de competência, ao lado de centros internacionais, atingido mediante a importação e implementação de alta tecnologia, assim como da incorporação de pesquisadores de renome mundial. Dois deles, que teriam conformado o grupo que desenvolveu essa tecnologia, integram atualmente a equipe.

Segundo esta publicação, a ICSI permitiria uma taxa de fertilização de 89% (p.65), cifra espalhafatosa, especialmente quando se apresenta seguida das chances da fertilização acontecer sem nenhuma intervenção, no período fértil da mulher (entre 16 e 20%). A taxa de fertilização (encontro de óvulo e espermatozóide) é diferente da taxa de gravidez (fixação do embrião no útero). Em média, 15% dos embriões transferidos conseguem se implantar (Abdelmassih, 1999, p.73). Isto quer dizer que 85% das implantações esperadas não acontecem, índice abismal que não recebe a relevância de fertilização mediante ICSI (89%). No final, a probabilidade de implantação acaba se aproximando das porcentagens de gravidez "natural", ou seja, acaba-se levando um segmento da população "infértil" a um patamar probabilístico semelhante ao processo reprodutivo dito natural, o qual não é apresentado nesses termos.

Ao contrário, afirma-se freqüentemente que a tecnologia supera a natureza ou, como apontou o Dr. Roger na teleconferência, as chances de gravidez seria 3 vezes maior do que a natureza "oferece". Esses valores são usados para justificar a inclusão e desenvolvimento de tecnologias consideradas auxiliares –biópsia pré-implantacional, *assisted hatching,* crioconservação, etc. Na perspectiva da clínica, os resultados "superiores" dessa técnica favorecem sua adoção como rotina em qualquer situação.

A construção narrativa de *Tudo por um filho*, apresentada com elaboradas imagens, leva a considerar a infalibilidade de tecnologia, o milagre da ciência. Dr. Roger indica que as técnicas para melhorar a implantação do embrião ainda estão sendo desenvolvidas, mas no futuro a "Reprodução Assistida [terá] o direito de se arrogar, de fato, um controle total sob a reprodução humana" (p.70), chegando a deslocar totalmente a reprodução para o laboratório, adquirindo o caráter de fábrica, como sugerem várias imagens, entre as quais consideramos como mais expressiva a Figura 10:

Figura 10
A maravilhosa fábrica de bebês.
Catálogo *Tecnologia em favor da vida*

Este especialista sabe que a confiança, a cumplicidade e a reciprocidade entre médico e casal e/ou a paciente constituem aspectos fundamentais no processo. Ele é a imagem central de sua clínica. Aparece constantemente na mídia, dita as teleconferências e, em todos os casos, a primeira consulta nesse centro é realizada por ele. Assume uma participação ativa na "geração" desses bebês, dos quais parece partilhar a "paternidade". Numa mesma foto, publicada na imprensa comemorando o dia das mães e nas duas versões do catálogo da clínica, aparece rodeado dos bebês e de suas mães.

As estratégias de divulgação usadas pela clínica do Dr. Abdelmassih não são representativas do resto das clínicas do país, tampouco suas políticas podem ser generalizadas. No entanto, dada a diversidade e cobertura das mesmas, se tornam singularmente expressivas na produção do discurso sobre RA no panorama nacional. Este especialista e os procedimentos realizados em sua clínica geram polêmica entre seus pares, uma vez que sua constante presença na mídia, a casuística desse centro e o poder que concentra tornam-se influentes mecanismos não só na formação de opinião da população, como também na determinação da dinâmica da RA no país[35]:

> *...eu mesmo, que tenho quase três mil bebês de provetas nascidos, eu posso dizer que...* (Abdelmassih, 2002 - Teleconferência).

Os parâmetros de sucesso amplamente divulgados por este centro afetam os procedimentos a serem desenvolvidos em outras clínicas e, como em qualquer contexto, a competição pelo mercado.

> *Eu por exemplo, para uma mulher de 35 anos, eu ofereço 50% de chance de gravidez de filho nascido por tentativa. Com uma mulher de 40 anos, eu não posso oferecer mais do que 22 a 25% de chance de gravidez, de filho...* (Adbelmassih, 2002, Teleconferência).

O número de casos e o uso de alta tecnologia por parte deste centro marcam o ritmo do crescimento da RA não só no país, como também na América Latina, como se pode deduzir das tendências identificadas pelo Registro 2000 (RED), discutidas na II parte. Como observa Bourdieu (1994a), o campo científico é um local de concorrência, onde se coloca em jogo o monopólio da autoridade científica, definida pela capacidade técnica e o poder social. A competência científica, que autoriza falar de maneira "autorizada e com autoridade", se dá por via da acumulação de capital tecnológico e simbólico. A adoção de técnicas ou procedimentos padrão não necessariamente corresponde a "escolhas científicas", e sim a estratégias políticas de investimentos que conduzam à maximização do lucro tanto científico, quanto econômico. "Os dominantes são aqueles que conseguem impor uma definição de ciência segundo a qual a realização mais perfeita consiste em ter, ser e fazer aquilo que eles têm, são e fazem." (Bourdieu, 1994a, p.128).

[35] Recentemente foi lançado o 1º. Prêmio Roger Abdelmassih de incentivo à pesquisa em reprodução humana, a ser conferido aos melhores trabalhos científicos, de diagnóstico ou tratamento da infertilidade conjugal, realizados no Brasil e na América Latina.

Clique aqui e realize seu sonho...

Esta parte traz o conteúdo de alguns catálogos e descrição de algumas páginas eletrônicas das clínicas de RA, privilegiando a análise destas últimas, porque, além de ser a principal estratégia de divulgação, englobam e ultrapassam a informação transmitida nos catálogos, ao apresentar características de animação e interatividade que parecem aproximar mais as pessoas do almejado filho. A divulgação mediante esse meio supõe um recorte do público alvo com características sócio-econômicas que possibilitam o acesso aos altos custos da RA. Segundo os dados coletados por diversas pesquisas no Brasil, a maioria da população usuária de internet concentra-se no sudeste do país, aproximadamente 60% tem escolaridade universitária, e 40% pertence à classe A e 44% à classe B (Orlando, 2001).

A imagem em seqüência e animada, possível na internet, permite a construção de narrativas com suas relações temporais e causais (Joly, 1996). Se a realização do sonho do filho biológico aparece como uma promessa na imprensa, nos livros e catálogos de algumas das clínicas de RA, nas páginas eletrônicas desses serviços parece tomar dimensões maiores. Há consenso, entre os estudiosos da internet, acerca deste meio constituir o *topos* da promessa de satisfação de desejos e fantasias dos indivíduos, por ser um espaço interativo que possibilita a emergência de uma nova subjetividade, mediante a possibilidade de múltiplas escolhas e maior espaço para o sujeito. A animação, reiteração e exatidão da repetição, possível nas páginas eletrônicas, criam uma *simulação* que impressiona os "sentido do leitor". Os diferentes *links* permitem ao leitor navegar de forma pessoal e escolher a seqüência de fragmentos, que possibilitam maior participação e criação de sentido (Orlando, 2001).

A construção do sonho

A internet se constituiu recentemente num recurso de consulta, busca e aprofundamento de informação, etc., entre certos setores sociais e os profissionais da medicina não desconhecem a importância deste meio na difusão de seus serviços [36].

A maioria dos centros tem sua própria página eletrônica. A localização destas se realizou através dos buscadores *Google, Cadê* e *Aonde* e da página do laboratório *Organon,* que oferece uma lista com sessenta e dois clínicas ou centros de RA do país. Mesmo que o objetivo não estivesse centrado em observar sistematicamente estas páginas, mas nas narrativas da infertilidade e da RA

[36] No VII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, os especialistas tiveram oportunidade de assistir a cursos de *Introdução à Informática Médica* e *Administração e Marketing em Saúde.* Segundo informa Manica (2003), os médicos foram alertados, sutilmente, do alto nível de informação sobre saúde que as pacientes podem ter através deste meio.

direcionadas para o público consumidor, a visita à maioria delas visava um mapeamento das regiões do país. Contudo, nem todas estavam disponíveis ou algumas se encontravam em elaboração.

A leitura das imagens, com o intuito de observar as estratégias narrativas a partir das quais se constrói e atribui significado a "uma nova solução para um antigo problema", foi feita de duas formas. A primeira, como quem consulta estas páginas com a expectativa de ter um filho biológico, lugar que condiciona sua interpretação pelas convenções culturais e associações ligadas à infertilidade ou à ausência de filhos biológicos. A segunda, através uma leitura crítica do campo, com o intuito de identificar os operadores culturais e o material simbólico a partir dos qual esta nova forma de produção tecnológica da vida é apresentada.

Em termos gerais, observa-se uma exaltação do encontro do óvulo e do espermatozóide. O momento de fecundação é bastante explorado nos logos e nomes das clínicas[37], inclusive na decoração de algumas delas, constituindo um ícone da RA. No chamariz das páginas é comum a animação da seqüência que passa pela presença dos gametas, sua junção (fecundação) o momento de divisão celular e seu resultado: belos bebês, como se observa nas figuras seguintes.

Figura 11
Chamariz Centro *Procriar*

Figura 12
Chamariz Centro de Reprodução Humana *Matrix*

[37] Os nomes de muitas das clínicas são pequenas variações sobre o mesmo assunto: Ferticlin, Fértil, Fertile, Fertilis, Fertilitá, Fertility, Gênese, Gênesis, Gera, Gerar, Origen, Procriar, Pró-criar, Pró-embryo, Progest, Reproferty.

Figura 13
Chamariz Clínica *Diason*

Figura 14
Chamariz Centro de Reprodução *Segir*

Algumas páginas exibem animação de cegonhas carregando bebês, momentos de interação cotidiana entre pais/mães e filhos (como um álbum de fotografia familiar) e muitas delas exibem o recorde do número de bebês gerados. As fotos são publicadas em alguns catálogos, nas páginas eletrônicas e também nas salas de espera de muitas das clínicas (um elemento *decorativo* comum). No *site* da clínica do Dr. Roger são mostrados "nossos bebês" com o seguinte texto:

> *A cada dia cresce o número de bebês gerados e nascidos com a ajuda da Clínica Roger Abdelmassih, estes são apenas alguns deles. Se você quiser que seu bebê também seja uma estrela desta página, mande uma foto para nós através do e-mail ou por carta e aguarde a estréia dela nesta superprodução.* (Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih – Nossos bebês).

Em conseqüência, a página disponibiliza duas molduras sem foto, com o texto "aqui o seu bebê". A pesar do alto índice de nascimentos gemelares, as fotos, na sua maioria, exibem crianças únicas e brancas[38].

O universo da RA é colocado ao alcance das/os potenciais usuárias/os, mediante um discurso padronizado acerca da infertilidade e das possibilidades de RA. É recorrente o apelo ao desejo de ter filhos como um anseio natural, cuja realização é um direito ao qual todas as pessoas têm que ter acesso. O justo, nessas narrativas, é pelo menos tentar esgotar os recursos que a tecno-ciência disponibiliza para superar as dificuldades e limites impostos pela natureza, como a idade, por exemplo.

[38] Conseguimos duas edições do catálogo *Tecnologia em favor da vida,* que deduzimos, foram produzidos em 2000 e 2003. Em essência conservam o mesmo formato. Só se observou a atualização e o acréscimo de algumas informações e a mudança de algumas fotografias. No entanto, na página dedicada à "galeria" de bebês só foi conservada a mesma foto de uma criança, por sinal, a única negra. As questões de raça, no contexto das NTRc, são matéria de pesquisa de pós-doutorado, deselvolvida por Rosely Gomes Costa.

Essa representação moderna da infertilidade alude ao desespero das mulheres, ao sofrimento ocasionado pela falta de filhos, na perspectiva de indicar o beneficio da utilização das tecnologias reprodutivas, que possibilitariam o nascimento do "bebê milagre" (Pfeffer, 1993). Como indica Franklin (1997), o moderno mito da infertilidade apela à emoção do casal, à esperança como uma forma de apresentar os logros médico-técnicos, que proporcionam uma óbvia e aparente naturalidade à capacidade da ciência e à "esperança da cura médica". Algumas frases encontradas nas páginas eletrônicas mencionam a promessa da habilitação tecno-médica para a realização do sonho reprodutivo.

> *Estejam certos que nosso principal objetivo é a realização do sonho da esperada gravidez* (Sêmion, Guia prático para casais).
>
> *No centro de reprodução da Fêmina maternidade você sempre encontrará um especialista apto para te ajudar conseguir o seu grande sonho, um filho* (Centro de Reprodução Assistida Fêmina – CRAF, Fertilização in Vitro).
>
> *É muito fácil. Basta preencher o cadastro e seu sonho de ter um bebê poderá se realizar (...) Porque ser feliz é um direito de todos* (Profert, Plano Cegonha).
>
> *Nesta casa já foram concebidos mais de 2 mil bebês. E muitos outros estão em gestação. É uma fábrica de vida. (...) Para a maior parte dos casais, esta casa é a derradeira esperança de finalmente conceberem um bebê (...) O sonho de gerar uma nova vida não pode ser desfeito sem que sejam dadas condições necessárias para todas as tentativas, ainda mais em um período em que o surgimento de novas tecnologias é tão destacado.* (Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih, A clínica).

Como em qualquer campo científico, na RA coloca-se em jogo o monopólio da competência científica, que não se exprime somente no contexto dos pares. O prestígio, reconhecimento, celebridade, isto é, o capital acumulado, obtido especialmente mediante aquisição de tecnologia moderna e a relação com centros internacionais, constituem um dos principais argumentos de cada clínica na luta pelo mercado de consumidores. Os argumentos tecnológicos e de treinamento internacional, altamente valorizados nesse universo, são transpostos também para os consumidores, o que supõe um tipo de clientela para a qual faz sentido ter acesso, por exemplo, a diversos trabalhos acadêmicos publicados ou apresentados em congressos pelos especialistas, disponibilização nas páginas eletrônicas de muitas clínicas:

> *O futuro é hoje.*
> *A cada dia surgem novas esperanças para o casal sem filhos. Vinte e dois anos depois do nascimento do primeiro bebê de proveta, a ciência da Reprodução Assistida avança rapidamente de modo a obter a cura completa dessa doença chamada infertilidade conjugal. A clínica Roger Abdelmassih conta hoje com um arsenal terapêutico que, há alguns anos, seria considerado matéria de ficção científica. Hoje já podem ser concebidos em laboratório bebês de homens que não produzem espermatozóides e de mulheres que não ovulam. E este é só o começo [...] Se no começo apenas as mulheres com problemas nas trompas podiam ser beneficiadas, hoje virtualmente qualquer pessoa pode, em tese, vir a conceber um bebê. A chance de gravidez na clínica do Dr. Roger Abdelmassih chega a*

> *50% quando a mãe tem menos de 35 anos. Praticamente não existem casos sem solução. O advento da técnica ICSI resolveu o problema da infertilidade masculina. O fator feminino aguarda as próximas revoluções, com a renovação ou criação de óvulos.* (Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih, Catálogo *Tecnologia em favor da vida.*)

> *Para a realização das etapas diagnósticas e conhecimento de toda a sofisticada tecnologia envolvida, foi necessário o treinamento dos profissionais nos Estados Unidos em Centros de Excelência, como a Cleveland Clinic Foundation em Ohio, onde foi incorporada toda a parte pertinente à andrologia (...) e Baylor College of Medicine no Texas especificamente na parte de micromanipulação de gametas e embriões...* (se mencionam mais centros internacionais) *O centro tem um acordo formal para a realização de pesquisas em conjunto e desenvolvimento de novas tecnologias com o Advanced Research in Human Reproduction, Infertility and Sexual Function, Glickman Urological Institute, The Cleveland clinic Foundarion (EUA).* (Centro de Reprodução Humana da Divisão de Clínica Urológica do HC/FMUSP, Catálogo).

Na promessa de realização do sonho de ter um filho do próprio sangue, a natureza não constitui mais empecilho, pois o sofisticado desenvolvimento tecnológico promete superar qualquer obstáculo. O importante é desejar, naturalmente desejar, já que a biotecnologia habilita as pessoas para a realização de seus sonhos. As técnicas divulgadas não são unicamente as que já se tornaram *tradicionais*, mas também as que se encontram em fase de experimentação ou que estão por vir. Ao referirem as técnicas ainda em experimentação, as pacientes são instadas a continuar esperando com a promessa de que não existirá infertilidade que a biotecnologia não possa *superar* no futuro imediato. Um exemplo disto é a promessa de maturação de gametas femininos *in vitro:*

> *Em 1999, a Reprodução Assistida brasileira entrou numa nova era: a maturação de tecidos ovarianos, técnica que pode derrubar o fator idade como a principal causa da infertilidade feminina. No laboratório da Clínica Roger Abdelmassih, o cientista Jiaen Liu demonstrou a possibilidade de se obter óvulos frescos a partir de fragmentos congelados de tecido do ovário – o que pode dar à mulher o privilégio de ter óvulos sempre jovens, no momento em que decide engravidar.* (Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih, Catálogo *Tecnologia em favor...*).

Esse desenvolvimento beneficiaria mulheres que projetam a maternidade após os 35 anos, que devem se submeter a tratamentos de quimio ou radioterapia e jovens que precisam remover os ovários por cistos ou tumores. Se a fecundação sem espermatozóides é possível, mediante o uso de células espermátides, a tecnologia também promete uma *equidade de gênero*, ao possibilitar às mulheres que não produzem óvulos fabricá-los no laboratório, a partir de uma célula somática.

> *O sucesso dessa experiência inédita teve repercussão mundial e abre a perspectiva de que, no futuro, os cientistas possam criar óvulos a partir de qualquer célula somática da mulher, o que representaria uma fantástica vitória contra a infertilidade feminina, já que a ausência ou a má qualidade dos óvulos é hoje, praticamente, a última barreira de casais sem filhos.* (Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih, Catálogo *Tecnologia em favor...*).

Este seria, segundo os especialistas, o próximo passo após a FIV e a ICSI. Algumas destas técnicas representam uma ruptura, um novo paradigma no *tratamento* da infertilidade e a subversão da biologia da reprodução. A FIV possibilitou a fecundação, driblando problemas funcionais como a obstrução tubária, mas deslocada do corpo da mulher; a ICSI permitiu alterar mecanismos de seleção natural[39], atuando no nível celular, ao possibilitar a reprodução de homens sem espermatozóides e; finalmente, a promessa da fabricação de óvulos no laboratório –no nível da engenharia genética– representa a completa *dessexualização* da reprodução, ao ser possível a produção da vida a partir de células somáticas. Nessas rupturas identificamos também o deslocamento do que é considerado *natural*: da forma de reproduzir para o desejo de reproduzir.

A aceleração também parece ser uma das características essenciais desse campo. Em poucos anos, técnicas consideradas revolucionárias (como a FIV) se tornaram *tradicionais*, ao surgirem outras mais sofisticadas, disponibilizadas e usadas em períodos extremamente curtos, considerando o tempo necessário para a avaliação de suas implicações, que não atinge apenas seus consumidores e os indivíduos produzidos por essas tecnologias, mas também as futuras gerações. Nesse universo observa-se com entusiasmo a consagração do novo e do inédito: "a aceleração tecnológica e econômica é tal que até mesmo o atual acaba sendo ultrapassado: tudo o que é... já era. [...] a atenção concentra-se não no que é, mas no vir-a-ser. O olhar se volta para o futuro; melhor dizendo: para a antecipação do futuro." Santos (2000).

Se pensarmos na *evolução* das técnicas e observarmos o foco na procura das causas da infertilidade, notamos que, num momento não muito distante, esta era atribuída à mulher, objeto de exaustivas avaliações para determinar, especialmente, fatores de ordem funcional. Mais recentemente, construiu-se o conceito de casal infértil, com o qual, entre outras questões, abriu-se o campo de reprodução humana que envolve um maior número de especialistas. A procura da infertilidade se realiza, cada vez mais, no nível micro, alargando o leque de situações e contextos para a indicação tanto de tecnologias diagnósticas como de intervenção. Potentes tecnologias de visualização parecem consagrar os óvulos como objeto privilegiado de indagação. A infertilidade poderia estar determinada pelo envelhecimento dos óvulos, susceptível de ser superada mediante uma *plástica do óvulo*, um rejuvenescimento, possível através da troca de citoplasma ou núcleo. Mais recentemente, a tecnologia diagnóstica *Spindle view* promete desvendar o mistério da baixa fecundidade dos óvulos aparentemente perfeitos.

[39] O princípio de seleção natural, da teoria darwinista, tem sido problematizado e pensado por outros autores como uma relação de forças não-naturais. Não desconhecemos o mérito dessa discussão que, ainda que cara a este trabalho, ultrapassa nossos limites. Cf. Santos (2003).

> *A tecnologia do Spindle view estabelece, pela primeira vez, a relação entre fecundação e posicionamento cromossômico no interior dos óvulos. Essa técnica pode ser usada não apenas para tornar mais eficaz a fertilização* in vitro, *mas para ajudar as pacientes com óvulos alterados a terem mais chances de ser mãe.*
>
> *É mais uma arma da medicina reprodutiva para amenizar o mais dramático fator de infertilidade feminina – a idade...* (Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih, Catálogo *Tecnologia em favor da vida...*).

No geral, as clínicas ostentam as novidades do desenvolvimento tecnológico como um atrativo de elegibilidade, chamariz que responde à chamada "linha de encantamento", à consagração do inédito, à representação do desenvolvimento tecnológico como progresso e avanço científico inevitável, ao qual se atribui um valor que, no caso da assistência à reprodução, é louvado por estar a serviço de valores tradicionais, como a constituição da família biológica.

Fazemos extensiva às NTRc a reflexão de Georges[40] *apud* Chazan (2000) sobre a receptividade e demanda do ultra-som no controle da gravidez, ligadas ao *status* da máquina como representante da superioridade estrutural e simbólica da medicina moderna, científica e tecnológica. A crença popular de que a maioria das doenças pode ser curada mediante procedimentos *high-tech,* altamente sofisticados e custosos, parece proporcionar um pano de fundo adequado para o entusiasmo e a incorporação dessa tecnologia sem limites.

Na promessa de sucesso das técnicas de RA, a eficácia real parece mascarada por estratégias que indicam diversas taxas de gestação/transferência, gestação/ciclo, fertilização, clivagem, implantação; gravidez clínica, bioquímica, bebê em casa e taxa de cada técnica relativizada por idade. As taxas de sucessos são expressas em termos tão complexos e confusos como os anteriores, ou são absurdamente simplificadas como na matéria *Tudo por um filho* da revista *Veja*, mencionada anteriormente. De qualquer forma, o entusiasmo e a promessa, assim como as tentativas para reduzir custos e aumentar o acesso da população à RA, facilitam a aceitação pública e estimulam sua procura, aspecto que se torna fundamental para sua legitimação. Esta também se encontra atrelada à mobilização de convenções reconhecíveis e tradicionais que evocam a concepção de filhos com material genético partilhado, para a configuração de uma "verdadeira" família (McNeil, 1993).

Os depoimentos de casais e mulheres também são formas de validação das tecnologias nas quais a criação Divina é re-apresentada. Emotivos depoimentos de casais ilustram a superação da infelicidade e do desespero ocasionado pela infertilidade graças à intervenção médico-tecnológica, através da qual conseguem conformar uma família. De alguma forma, como indica Franklin (1999),

[40] Georges, Eugenia. Fetal ultrasound imaging and the production of authoritative knowledge in Greece. In: *Medical anthropology Quarterly (MAQ)* vol.10, n.2, p.157-175, June 1996.

proporcionar a felicidade a esses casais, mediante o filho biológico, protege os especialistas da censura que poderia surgir ao se colocarem no lugar de Deus.

Aqui observamos outro deslocamento acerca do domínio divino sobre a vida. Se o domínio da morte e, mais recentemente, a produção da vida, é factível de ser realizado pela tecno-medicina dos homens, no imaginário das pessoas parece que o poder sobre a vida continua sendo divino. O poder de Deus não teria sido expropriado pelos homens. Deus também parece ter-se modernizado e terceirizado a produção da vida: "... certa de que se Ele [Deus] deu conhecimento para os homens usarem técnicas artificiais que ajudam uma mulher a engravidar, eu tinha de utilizá-las até conseguir meu filho" (Collucci, 2000, p.25).

Habilitando a natureza

Através da arqueologia da utilização de hormônios sexuais pela indústria farmacêutica, Oudshoorn aponta o poder transformador da biomedicina. A introdução do conceito de hormônios sexuais não só transformou o tratamento médico do corpo humano, mas também redefiniu as configurações sociais existentes, alterou nossa compreensão do sexo e do corpo e a relação das mulheres com a reprodução. As tecnologias visuais também constituem mecanismos produtores de saberes, de noções médicas e leigas sobre o corpo que, por sua vez, o transformam em algo mutável (Chazan, 2000, 2002). Nessas transformações, o projeto da medicina moderna, ao prometer uma nova ciência, possibilita o controle sobre a "ordem natural das coisas". Ciência e tecnologia, na tradição Iluminista, são consideradas intrinsecamente progressivas e benéficas, a serviço de uma melhor condição humana (Oudshoorn, 1994).

A FIV e outras tecnologias mais recentes introduziram uma ruptura na continuidade do processo feminino de procriação, ao possibilitar a ocorrência da gravidez sem sexo e a fecundação fora do corpo, substituindo uma função corporal. No entanto, elas não buscam restaurar uma deficiência nas funções do corpo. Elas se consagram, em si mesmas, como a função. Esse desenvolvimento se torna possível no modo de compreensão da reprodução como um processo de causalidade de eventos e mecanismos que podem ser fragmentados e influenciados independentemente, como sugere a Figura 15. Tal forma de conceitualizar a reprodução permite dissecar todo o processo em seqüências de estágios autocontidos, isolados e manipuláveis (Kirejczyk, 1993). A tecnologia reprodutiva, ao substituir algumas das funções corporais, desloca o lugar central das mulheres no processo reprodutivo e sua capacidade de agenciamento.

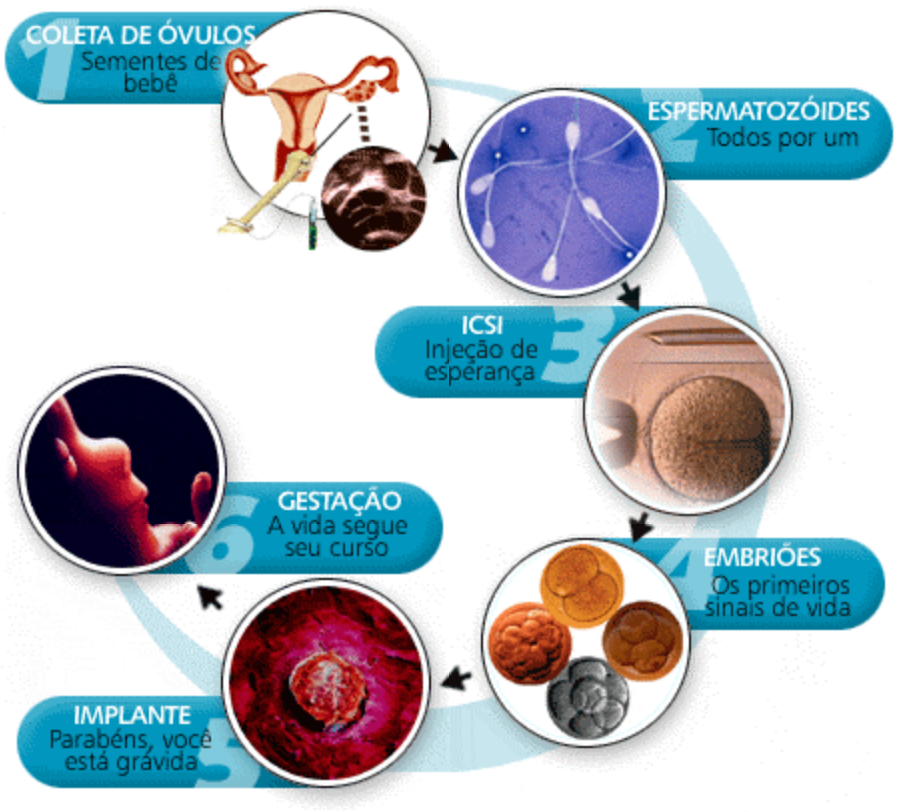


Figura 15
Passos da fertilização. Tomada do *site* da Clínica Dr. Abdelmassih

Ainda que a falta de descendência seja redescrita em termos médicos, sua intervenção não se configura mais como processo de cura, senão como facilitador para a constituição de uma família. A intervenção médica sobre a infertilidade reforça o papel da medicina na construção de significados em torno da sexualidade e da prescrição de procriação. A medicina passa de sua função de cura para uma função política, de criação e transmissão de normas sobre o corpo, a saúde e o comportamento, no processo definido por Foucault (1997) como biopolítica, cujo domínio se exerce mediante a criação ou incitação de desejos ligados a identidades específicas e ao estabelecimento de normas com as quais os indivíduos, seus comportamentos e corpos são julgados.

Franklin (1993) observa, em diversas narrativas sobre RA no contexto britânico, a alusão à *ineficiência* da fertilidade humana –questão também presente no material apresentado nesta pesquisa. Estabelece-se uma construção cultural chave que vincula o mundo da concepção assistida ao mais tradicional entendimento dos fatos da vida, onde a natureza precisa um *help,* dada sua ineficiência. A concepção não só é assistida no sentido de acompanhar ou presenciar, mas deve ser socorrida, controlada, atingida no laboratório por uma equipe de profissionais.

Na explicação de como a concepção acontece espontaneamente, produz-se um alargamento na compreensão da produção da vida e a reiteração de tudo o que pode dar errado. A fragmentação do processo, sua redução à expressão molecular e o fato de tornar o corpo transparente despem a natureza e deixam em evidência a "ineficiência" da fertilidade humana, argumento que, por sua vez, justifica a necessidade de a tecnologia dar uma mãozinha à natureza: "Tantas coisas podem ocorrer desde a fecundação do óvulo ao nascimento de uma criança que sempre acho um milagre termos a maioria dos bebês nascendo perfeito..." (Gleen Dosman, do *Institute for Achievement of Human Potencial*, citado na página do Instituto Paulista de Ginecologia e Obstetrícia). As narrativas sugerem, também, uma melhor eficiência da tecnologia na reprodução, que superaria à natureza.

> *A reprodução humana é um processo relativamente ineficiente. Em um casal com fertilidade média, a probabilidade de fertilização em qualquer exposição específica do óvulo ao esperma pode ser de aproximadamente 80%, porém no momento do primeiro período menstrual esperado após a ovulação, aproximadamente a metade dos embriões precoces já deixaram de se desenvolver. Muitos desses embriões perdidos eram fundamentalmente anormais e incapazes de sobreviver. O período menstrual pode até mesmo não atrasar e o casal nem mesmo perceberá que uma gravidez inicial foi perdida. Se um período menstrual deixar de ocorrer, aproximadamente um quarto dos embriões remanescentes ainda podem morrer posteriormente. A probabilidade de uma nascimento de uma criança viva após qualquer exposição em um casal com fertilidade normal, portanto, geralmente não passa de 30%.*
> *(...) Do ponto de vista prático, portanto, a expectativa de uma gravidez contínua que resultará no nascimento de uma criança após qualquer ciclo de exposição com relações sexuais em um casal jovem com ovulação de um óvulo varia entre aproximadamente 20-30%.*
> *A TAXA DE ÊXITO NA NOSSA CLÍNICA: 41% DE GRAVIDEZ*
> (Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih, Tratamentos)

> *Estudos têm demonstrado que as taxas de concepção de um casal normal por ciclo de tentativa é de 25 a 30%. Atualmente a taxa de sucesso por ciclo de tentativa em nosso programa de reprodução assistida supera a taxa de concepção natural.* (Clínica Diason)

> *Os processos de reprodução assistida superam as deficiências da fertilidade:*
> *Muitos dos problemas que impedem a expressão normal da fertilidade de um casal não encontram ainda solução, como ocorre na obstrução tubária como seqüela de doença inflamatória pélvica, por exemplo. Em casos como este, os processos de reprodução assistida oferecem a possibilidade de transpor o obstáculo permitindo a ocorrência de gravidez.* (Setor de Reprodução Humana. Escola Paulista de Medicina, Unifesp, Reprodução Assistida).

Segundo Franklin (1993), o discurso sobre RA (na mídia, publicações científicas, debates legislativos e éticos) desafia alguns supostos que embasavam conceitualizações prévias. Um deles é que o processo reprodutivo é retirado de uma naturalidade ou reinscrito numa versão de "naturalidade", que é alterada pela maneira em que ela é assistida. Nessas narrativas, a tecnologia joga um papel significativo: através dela, o mundo da reprodução torna-se visível e reconhecível de

novas maneiras. A criação de novas formas de acesso à reprodução permite apreciar e salientar o potencial da assistência tecnológica ao processo reprodutivo.

A tecnologia revela o quanto a natureza necessita de assistência, necessidade que chega a ser vista, ela mesma, como um produto da própria natureza. O *helping hand* da assistência tecnológica se funde com a natureza e ao mesmo tempo a desloca. Ela pode assistir à natureza ao superar sua falha. Isto é, fazer o que esta teria feito naturalmente, indicando o caráter substituível entre natureza e tecnologia. Este é um ponto chave na mudança do significado cultural acerca da reprodução, cuja importância está na legitimação e naturalização da assistência ao processo reprodutivo. Paradoxalmente, como afirma Franklin, uma legitimação através da naturalização.

Consideramos que essas narrativas não se restringem a colocar em evidência a ineficiência da natureza, mas também a *falta de adaptação* da natureza ao mundo contemporâneo. Isto é, as tecnologias permitiriam superar e expandir os limites dentro de uma natureza que teria ficado pequena para dar conta do mundo contemporâneo. A natureza ficou pequena, particularmente para a reprodução *tardia,* que se tornou *o* grande desafio nas pesquisas da RA.

> *A incorporação da mulher de forma intensa na vida profissional tem retardado a época do casamento e fazendo* (sic) *com que a busca do primeiro filho seja numa idade superior à ideal...*
>
> *A mulher no esplendor dos seus cinqüenta anos, quando acompanhada por profissionais especializados, mantém o privilégio de sua feminilidade, orgulha-se de sua idade, sabedoria e forma física. Entretanto, nesse momento muitas nunca experimentaram a emoção da maternidade ou se já experimentaram, podem ter desejos e motivos por mais uma experiência. Há muitos fatores que motivam uma mulher a buscar um filho nessa idade. Algumas foram obrigadas pelo destino; outras pela vontade de atingir um status profissional retardam o casamento ou uma gravidez; e ainda outras, mesmo já tendo filhos, mas com um novo relacionamento após um casamento desfeito, desejam dessa união a chance de ter um filho...*
>
> *...ao redor dos 50 anos não existe praticamente nenhum* (óvulo) *disponível capaz de ser fecundado. É o fim da Reserva Ovariana, o fim do "Estoque" de óvulos: a MENOPAUSA...*
>
> *Uma vez que a ciência permite e estejamos alinhados com os princípios éticos, legais e morais, uma mulher que preencha os requisitos básicos de boas condições físicas, uma união sólida, emocionalmente equilibrada e tenha até 55 anos, merece essa rara oportunidade de conceber.* (Instituto Paulista de Ginecologia e Obstetrícia, Tratamento da infertilidade após os 35 anos e Tratamento da "infertilidade" na menopausa).

As técnicas de doação de óvulos, troca de citoplasma ou núcleo, crio-preservação de tecido ovariano, fabricação de óvulos no laboratório têm como alvo principal mulheres cuja fertilidade entrou em declínio em função da idade e para as quais a natureza não daria mais opção. Nesses casos, o leque de tecnologias complementares (*Assisted Hatching, Spindle view* e, principalmente, o PGD) também se expande, com a justificativa de selecionar os melhores embriões e de aumentar as chances de uma gestação e uma criança normal.

O material analisado reitera a necessidade da RA em função das mudanças do mundo contemporâneo, do qual o adiamento da maternidade parece ser uma de suas características. A natureza estaria se *comportando* de maneira injusta frente ao processo mundial de adiamento da maternidade à qual a ciência responde, "devolvendo à mulher o direito reprodutivo que o tempo roubou", como manifestou um dos especialistas no V Congresso. Desse modo, nas narrativas, as NTRc não só proporcionam um *helping hand* à natureza, como também a substituem, cobrindo os buracos deixados pelo seu *estancamento* em relação às demandas do mundo moderno.

Receita de bebê

A maioria das páginas oferece *links* explicativos das diferentes técnicas, quase todas ilustradas com diagramas ou imagens fotográficas, descritas como uma seqüência simplificada e progressiva de estágios.

A divulgação das diversas taxas de sucesso das NTRc, nas quais o índice de fertilização e de gravidez é sempre superior ao número de bebês em casa, revela a fragmentação do processo reprodutivo, possivelmente uma das implicações mais cruciais da RA. Esse processo envolve momentos claramente diferenciados: produção de gametas (obtenção de óvulos e espermatozóides aptos para se reproduzir), fertilização (encontro de óvulo e espermatozóide ou espermátide), concepção (início da divisão celular), implantação (nidação do pré-embrião no útero após a transferência), gravidez bioquímica (elevação dos níveis de beta hCG a partir do décimo dia após a transferência embrionária), gravidez clínica (identificação do batimento cardíaco fetal) e bebê em casa (gestação que resulta em nascimento vivo).

Um ciclo de RA iniciado pode falhar em qualquer um desses estágios. No entanto, o fato de o processo avançar para algum deles colocaria às pessoas mais próximas do objetivo de ter um filho. A cada "fracasso", as pessoas são instadas a realizar mais tentativas, nas quais se espera superar a falha anterior, com a promessa de sucesso na próxima tentativa.

Observa-se, também a circulação de uma nova imagística, vinculada às possibilidades tecnológicas de tornar visível o que permanecia obscuro. O poder da tecnologia visual, como indicam diversos autores, encontra-se na sua capacidade para tornar o corpo transparente, facilmente penetrável e manipulável. A "iconização do desconhecido" torna-se familiar e provoca o deslocamento de representações convencionais acerca da reprodução. De fetos contidos em úteros, passa-se ao domínio da linguagem e das imagens da *gravidez fragmentada:* imagens dos gametas, espermatozóides penetrando óvulos, óvulos fecundados nas suas fases de divisão celular. Tudo isto ambientado no laboratório, como se pode observar nas imagens das páginas eletrônicas e de

algumas propagandas de medicamentos para a RA. Os *tecno-bebês* são mostrados como milagres que, literalmente, constituem a incorporação da assistência tecno-médica.

A clínica Diason, sediada em São Paulo, oferece a suas usuárias/os o acompanhamento, passo a passo, da evolução do "bebê", da concepção às vésperas do nascimento. Os casais, através da internet e mediante uma senha, têm acesso às imagens de cada etapa do processo de fertilização, passando pela formação do embrião até o desenvolvimento do bebê. "Queremos promover a participação dos pais na gestação de seus filhos", afirma Paulo Perin, médico especialista em fertilização da clínica Diason. (Novo Milênio, 2002; Ebonet, 2002).

Desse modo, essa clínica se propõe tornar o processo mais *transparente* para mães e pais envolvidos. Semelhante ao casal que engravida sem intervenção médica, que se emociona com as imagens de ultra-sonografia que lhe conferem uma "identidade" ao ser em gestão, os donos da clínica antecipam esse momento para a fecundação:

> *Com o tradicional* copie-e-cole, *futuros pais e mães transferem a imagem para seu computador, imprimem em alta resolução e montam o álbum do bebê incrivelmente completo.*
>
> *(...) É fantástico saber e ver o que está acontecendo, passo-a-passo. A Internet era algo totalmente novo para mim, quando comecei a procurar uma clínica especializada para conseguir engravidar.* (Afirma Rosana, paciente da clínica) *(...) Rosana, que acompanhou todo o processo de fertilização* in vitro *acessando a Internet de sua casa, atesta a comodidade que o sistema oferece.* (Novo Milênio, 2002).

Este, possivelmente, é o exemplo mais expressivo do deslocamento da reprodução da alcova para o laboratório onde o casal perde centralidade, ocupada não só pelo embrião, mas também pelo *milagre tecnológico*. A fecundação não pertence mais ao ato sexual do casal e passa a ser domínio da técnica e da equipe que co-participa da fertilização. O uso do ultra-som na gestação trouxe diversas implicações, entre elas, a construção social do feto como Pessoa, a substituição de sinais corporais indicativas de gravidez por sinais visuais, maior participação do pai na gravidez (Chazan, 2000). Essas questões, entre outras, podem ser consideradas na proposta da clínica Diason, na qual se identifica uma radicalização na antecipação do processo. O feto parece perder o lugar de entidade primária ou arcaica, face à possibilidade de assistir, em tempo real e sem constrangimento, ao estágio mais anterior da vida, mais literalmente embrionário: a fecundação.

É necessário considerar, nesta parte, formas de produzir novas *experiências visuais* da gravidez, em contraposição às experiências corporais. Na pesquisa de Georges (1996) sobre o uso de ultra-som durante a gestação, as mulheres diziam sentir mais intensamente o bebê quando o viam. A imagem do feto o tornava mais real. Mediante a atribuição tátil à percepção visual, mediada pela tecnologia, haveria uma antecipação da percepção corporal da mulher acerca de sua gestação. À diferença das mulheres da pesquisa de Georges, as clientes da clínica Diason

possivelmente *sintam* uma gravidez que ainda não esta no corpo, configurando uma nova subjetividade dessa experiência que pode ser partilhada em "igualdade de condições" com o parceiro –até esse momento–, na medida em que ambos são fornecedores dos gametas e vêem acontecer a gravidez extracorporal. Nesse contexto, também faz sentido o fato da funcionária de um laboratório de RA se sentir como uma babá de embriões.

A página eletrônica deste centro apresenta características diferentes das demais. Com uma abordagem mais técnica e sem imagens, indica passo a passo, na forma de um manual, a fabricação de um bebê. Vejamos alguns trechos de um processo de FIV a partir do momento da aspiração folicular:

> *Aspiração folicular (Recuperação dos óvulos):*
> *(...) Cerca de 35 a 37 horas após você receber a injeção de hCG, a aspiração dos folículos, dirigida por ultra-sonografia será realizada através da vagina (...) Uma agulha especialmente desenvolvida para este fim é introduzida através da parede vaginal (...) até atingir os folículos presentes nos ovários. Neste momento, o liquido dos folículos, contendo os óvulos, é aspirado e encaminhado ao laboratório de embriologia contíguo à sala de aspiração folicular. Todos os óvulos são colocados pelo embriologista no fluído folicular recebido, e classificados de acordo com o seu grau de maturação (maturos, intermediários e imaturos), transferidos para placas de cultura, um meio especial que possui a mesma composição do líquido presente no interior das trompas de falópio (o sítio natural do processo de fertilização do óvulo) e colocados no interior de uma incubadora (...)*
>
> *Coleta seminal:*
> *Cerca de 30 minutos após a recuperação dos óvulos de sua esposa, você será orientado para realizar a coleta seminal. O material será produzido por masturbação. (...) Lembre-se de manter abstinência sexual a partir do dia anterior à administração do hCG. Contudo, não fiquem mais do que CINCO dias sem relação sexual, pois um período prolongado de abstinência pode prejudicar a qualidade dos espermatozóides. (...) Durante o acompanhamento do desenvolvimento folicular de sua esposa seremos capazes de estimar quando você deverá iniciar o seu período de abstinência sexual.*
> *No dia seguinte à aspiração folicular, um membro da nossa equipe de FIV entrará em contato com você, entre 09:00 e 13:00 horas para informar o resultado da fertilização. Nós sabemos que o grau de ansiedade é muito grande neste dia. Faremos o possível para comunicar este resultado o mais cedo possível. Além do resultado você será informada sobre a data e o horário da transferência dos embriões (...)*
>
> *Transferência de embriões:*
> *Este procedimento consiste na introdução de um cateter plástico (contendo os embriões) através do colo uterino para o interior do seu útero.*
> *(...) Após a transferência dos embriões, você deve permanecer com as pernas flexionadas por um período de 30 minutos e deitada por mais 30 minutos. Ao retornar para casa você deverá permanecer em repouso relativo (podendo levantar da cama para ir ao banheiro e fazer as refeições na mesa). A partir de então você estará liberada para suas atividades normais (EXCETO para a realização de esforços, exercícios físicos e vida sexual).*
> [Menciona a realização do primeiro teste de gravidez 10 a 11 dias após a transferência de embriões e um segundo teste 5 dias após o primeiro. A ultra-sonografia transvaginal deve ser realizada dentro de 14 dias para confirmar uma gestação viável] *Procure manter-se*

ocupada para diminuir o grau de ansiedade de espera do resultado. Assim que tivermos o resultado entraremos em contato com você.
Por vezes você receberá uma ligação telefônica no final da tarde de membros da equipe que a orientará para modificação da dosagem da medicação que você esta usando... (Clínica Diason, Fertilização in vitro: descrição do ciclo de tratamento).

Observa-se uma clara ruptura com a convenção que colocava a reprodução como resultante da conjunção dos corpos, numa troca erótico-amorosa. O que antes era narrado como um ato privado, de intimidade e segredo, torna-se um ato público, um procedimento médico e assepticamente orientado e controlado.

A clínica também fornece detalhadas instruções para a coleta seminal, fornecendo instruções que vão desde o tempo mínimo e máximo de abstinência sexual prévia, até rigorosas recomendações de higiene e procedimentos para coletar o material.[41]

Essa clínica também estabelece que a decisão de cancelamento do ciclo é tomada pelo médico a partir dos resultados dos exames realizados durante a estimulação da ovulação. No entanto, em caso de aconter essa situação, a clínica encoraja as pessoas para não observar tal determinação como um fracasso e sim como uma forma de proteção frente à decepção que poderia ocasionar um resultado negativo de gravidez. Ainda que a promessa de realização do sonho se mantenha, as clínicas advertem para a necessidade de realizar vários ciclos de RA. Afirma-se que um resultado negativo não deve ser desanimador, pois permite à equipe realizar uma avaliação e passar para um próximo ciclo, corrigindo as possíveis falhas anteriores. Desse modo, o fracasso do procedimento não é absoluto. Tanto o sucesso quanto o fracasso são avaliados conforme os procedimentos anteriores e redefinidos durante e depois de cada tentativa.

A imagem da cegonha é bastante explorada por várias clínicas na animação das páginas eletrônicas. De fato, é uma imagem apropriada para representar a reprodução sem sexo. A história da cegonha, uma mentira tradicional contada às crianças para ocultar a sexualidade dos pais, no contexto da RA, tornou-se real. As crianças são geradas sem sexo, num lugar especializado e distante do espaço íntimo e reservado dos pais. Além disso, os filhos podem ser encomendados sob medida e com facilidades de pagamento[42].

As clientes da cegonha tecnológica

Além do deslocamento que *deserotiza* e fragmenta a reprodução, anotamos a seguir a transformação das partes do corpo em *commodities.* A *commodificação* do corpo é compreendida

[41] As clínicas privadas dispõem de pequenas e confortáveis salas para esse propósito, nas quais se encontram revistas e vídeos pornográficos. Em alguns hospitais públicos, onde o serviço de infertilidade ainda é localizado em ambulatórios femininos, não existem banheiros masculinos (Costa, 2001).
[42] Agradeço a Plínio Prado Júnior por me lembrar da simbologia ligada à cegonha.

aqui como uma forma de objetivação, transformação das pessoas e seus corpos de uma categoria humana a objetos de uma economia de desejo, mediante diversos modos: medicalização da vida, fragmentação do corpo, coisificação de indivíduos e categorias de pessoas (Sharp, 2000). O corpo não só é fragmentado, mas também "bioinformatizado" na fusão de informática com a biologia, o que permite reprogramar e recombinar "os textos da vida humana e do ambiente humano" (Carneiro et. al. 2000), tornando-se fonte de matéria-prima, como indica Santos (2001), suscetível a processos tecnológicos que lhe agregam valor.

Na Clínica Diason, as pessoas colocam a matéria-prima e esperam que ela seja processada para depois ser devolvida na forma de uma gravidez. Porém, o produto não é totalmente garantido, pois depende, entre outras coisas, da possibilidade de nidação e gestação no corpo da mulher. O controle médico-tecnológico não pode ser garantido depois que o produto sai do laboratório, uma vez que ele passa a um domínio menos controlado[43]. A mulher para a qual se realiza a transferência do embrião –seja ela a fornecedora ou não dos óvulos– pode ser uma *má doadora,* ter óvulos velhos ou produzir embriões *feios,* para usar as expressões dos especialistas.

Todavia, os êxitos do *tratamento* são creditados à tecno-ciência. As narrativas exaltam as taxas de fecundação como grandes conquistas tecnológicas, sem fazer referência à maior probabilidade desses procedimentos não culminarem no almejado filho. Estas são construídas sobre a base de, em média, 35% de probabilidade de um ciclo dar certo, sem fazer referência explicita aos 75% de probabilidade de fracasso. Mesmo quando considerado, o fracasso é utilizado para encorajar a realização de mais ciclos, nos quais se espera corrigir as possíveis falhas que atrapalharam a realização do sonho. Vale considerar a metáfora de *correr o risco,* utilizada por Menegon (2003), na que se compreende que este representa o fato de ir atrás de algo que tem valor, porém assumindo as chances de fracasso no encontro de vários obstáculos. Por sua vez, driblar os diversos obstáculos parece acrescentar o desejo ou o *valor* do filho. O desejo pode se tornar tão primordial, atávico e despótico que leva a fazer *tudo por um filho.* Não basta, então, que o desejo de descendência seja apenas social, possível de satisfação mediante a adoção de crianças, por exemplo. Ele deve ocupar um lugar primordial, inelutável, inscrito nos genes pela nossa herança evolutiva, necessário à sobrevivência dos indivíduos e da espécie, como aparece em Silver (1997), Abdelmassih (1999) e nas diferentes páginas eletrônicas das clínicas de RA.

Franklin (1997), em pesquisa realizada com mulheres que fizeram FIV na Grã-Bretanha, observou uma brecha entre a esperança de sucesso e as possibilidades reais de alcançar o desejado filho mediante RA. A infertilidade aparece como um obstáculo à progressão, considerada normal e natural, de realização da identidade feminina e da conjugalidade. As narrativas destas mulheres

[43] Agradeço a Laymert Garcia dos Santos estas considerações.

parecem se fundamentar na ambigüidade e na contingência, mais do que na certeza; na convenção do romance no qual se espera superar, de forma heróica, grandes obstáculos que conduzam a um final feliz, em concordância com as normas convencionais de unidade da função conjugal e procriativa.

A expectativa, o entusiasmo e a *fé* na tecnologia indicam que o risco não está nela mesma, mas nas contingências que desviam o caminho para atingir o desejo. São expressivas desse entusiasmo as explicações do Dr. Nagy (referidas na I parte) sobre os casos da síndrome Turner em bebês gerados mediante a troca de citoplasma. A falha, segundo o especialista, pode ter sido do técnico que errou na separação dos cromossomos ou da idade avançada das mães. No caso da RA, o alto número de tentativas fracassadas, observado nos diferentes relatos publicados, incita a considerações acerca do que leva as pessoas a se submeter repetidamente a experiências com poucas probabilidades de êxito, com altos investimentos emocionais e financeiros.

Cabe considerar o efeito que produz *visualizar* o processo, tirá-lo de um local obscuro e enigmático para deixá-lo em mãos profissionais. Ao observar as imagens de fecundação, especialmente da ICSI em vídeo, a precisão tecnológica leva a crer que nada dará errado, pelo menos enquanto estiver no laboratório sob "condições controladas". O processo reprodutivo é reduzido ao momento da fecundação, façanha tecnologicamente possível e, inclusive, passível de ser *observada* através da internet. A continuidade da gravidez, até o nascimento, dependeria da *capacidade* da mulher.

É possível que o fato da fecundação acontecer no laboratório e em condições controladas mantenha a expectativa de, em algum momento, ter um resultado positivo de gravidez. Enquanto houver encontro entre óvulos e espermatozóides –como ponto de partida da reprodução– haveria motivo para "correr o risco". É necessário lembrar a extensão de significado dado aos embriões, concebidos como bebês por alguns casais e profissionais da RA. A visualização do embrião, assim como sua centralidade no processo de RA, contribuem para atribuir a este o *status* de pessoa[44]. Possivelmente tenha se configurado, no imaginário desse universo, um outro tipo de gravidez, visual, extracorporal, de laboratório, que aproxima a mulher ou o casal da realização do desejo.

A mídia contribui de maneira substancial à criação desse imaginário e desses deslocamentos. Torna-se expressiva dessa tendência a matéria *Tudo por um filho,* publicada pela revista *Veja* (09/05/2001). Na imagem da capa, uma mulher carrega no colo um tubo de ensaio. A imagem não teria nada de especial, se o tubo não aparecesse numa relação de equivalência com um

[44] Polêmicas e dificuldades jurídicas, éticas e morais surgem ao considerar o congelamento e descarte de embriões. Nas manchetes da mídia, o abandono de embriões parece se equiparar ao abandono de crianças. Algumas mulheres manifestam a dificuldade para doar embriões crio-preservados por considerá-los filhos.

bebê, metonímia que possibilita uma outra forma de representação da reprodução ou da maternidade *in vitro.*

Figura 16
Capa da Revista *Veja*

A matéria também é expressiva do entusiasmo e leviandade com que se aborda esse campo. Na capa pode-se ler: "Nove em cada dez casais brasileiros inférteis conseguem ter filho com ajuda da medicina", promessa reforçada nas páginas interiores e apoiada em depoimentos de especialistas e casais que tiveram filhos mediante estas técnicas. Em destaque aparecem frases como "99% das mulheres estéreis já podem ser mães", "As técnicas que garantem a gravidez em laboratório", "escolhi o sexo do bebê" e "com ajuda de casais dispostos a se arriscar, a ciência está vencendo a infertilidade".

Os depoimentos publicados nos folhetos, nas páginas informativas dos diferentes centros e nos livros, a exemplo do *guia* da RA, sem exceção, correspondem aos casos que tiveram êxito, nos quais a recompensa do filho parece desanuviar o caminho de obstáculos. Entretanto, nas entrevistas com mulheres que se submeteram à RA, realizadas por Franklin (1997) e Barbosa (1999), entre outras pesquisadoras, as técnicas são descritas pela complexidade, maior do que a esperada, que não

é antecipada nas diferentes formas de divulgação, assim como não são antecipados os procedimentos que podem dar errado (Franklin, 1997)[45].

Como indica Franklin, na teoria dos processos de RA, cada estágio leva ao seguinte, mas, na prática, cada estágio também constitui uma fonte potencial de falha. Entre as mulheres parece haver uma consciência acerca das probabilidades de falhas no procedimento –intensificada pelas experiências repetidas–, porém, a esperança de êxito é preservada, o que anima a continuar em frente. A apresentação das técnicas como eventos processuais permite que a superação de cada uma delas as aproxime do objetivo final. É importante pensar na construção de uma *simulação* da gravidez induzida, não só pelas imagens do processo extracorporal, como poderia acontecer no sistema da clínica Diason, mas também induzida pelas reações à ingestão de hormônios, que podem levar a reações similares às de gravidez (enjôo, inchaço dos seios, ou mesmo a ausência de sintomas pré-menstruais).

Franklin (1997) destacou o processo de RA, especificamente de FIV, como um estilo de vida para a mulher e a família, como aponta uma de suas informantes: *I mean... you live, eat, drink –everythig is IVF. Nothing else exists... I wasn't interested in anything else.* Se a RA é vista como uma via para a realização do desejo, a tentativa deve ser, pelo menos, feita. A busca do filho através da RA se torna um fim em si mesmo. O processo de RA, convertido num estilo de vida, também foi indicado por Barbosa; muitas das suas entrevistadas apontam a rotina da RA como uma dificuldade a ser administrada em conjunção com as demandas do trabalho remunerado. Os freqüentes fracassos, que levam à repetição das tentativas, tornam a relação entre as demandas reprodutivas e produtivas ainda mais complicadas, conduzindo, em muitos casos, ao retiro voluntário ou à demissão. Em outro caso, relatado a Collucci (2000) por uma cardiologista, os altos custos das diversas tentativas de RA levam a aumentar consideravelmente o tempo de trabalho.

A lógica da eleição da RA como forma para superar a ausência involuntária de filhos não é auto-evidente, como indica Franklin. Consideramos que o risco de cair nessa auto-evidência é grande, especialmente quando a análise do campo se restringe à indagação dos motivos que levam mulheres e homens a se submeterem a essas experiências. Cogitamos que as narrativas destas pessoas acerca do desejo de filho biológico, embasadas em valores tradicionais sobre a família consangüínea e "identidades de gênero" ligadas à experiência de maternidade ou paternidade, são semelhantes às divulgadas pela mídia. Desse modo, abordar narrativas estáticas pode limitar uma análise mais processual do campo, assim como a identificação e determinação de outros atores que o configuram.

[45] Por ser um assunto que envolve um investimento emocional e econômico considerável, torna-se altamente sensível de ser abordado por mulheres que não conseguiram ter filhos nessas tentativas, o que as indisporia a dar entrevista.

Além disso, como indica Franklin (1997), nem todas as mulheres que desejam ter filho optam por essa alternativa. Justificar a RA em termos do desespero, principalmente das mulheres, por ter um filho constitui uma legitimação inadequada para essa autora. As mulheres optariam por estes procedimentos porque precisam, pelo menos, tentar, uma solução que não expressa só o desejo de filho, mas busca também resolução de um "problema". As mulheres entrevistadas por Franklin não manifestaram "desespero" por ter um filho, mas uma frustração na progressão *normal e natural* da sua realização conjugal. A RA representaria um meio (ritual) para sair de uma condição liminar, de um limbo criado pela infertilidade –como parece sugerir a figura 5. Contudo, dadas as altas chances de fracasso é a própria mulher que faz o ritual, seja colocando termo a sua infertilidade (com a realização do desejo) ou colocando termo às várias tentativas frustradas que a conduz a assumir sua condição de mulher sem filhos, ou, pelo menos, sem filhos biológicos. Em última instância, para a autora, não é técnica em si a que produz a passagem, mas o fato da mulher ter realizado algum procedimento para resolver sua infertilidade.

Para contrastar as apreciações de Franklin (1997), relativa às mulheres inglesas, transcrevemos um trecho da entrevista realizada por Barbosa (1999) no Brasil:

> *Eu vi o Roger Abdelmassih falando no programa de Ana Maria Braga: "Vocês mulheres que querem ter suas carreiras, congelem seus óvulos". O apelo é o seguinte: os óvulos envelhecem, os espermatozóides não, tem solução a gravidez mais tarde, mas tem que se reservar os óvulos. Catem seus óvulos, guardem, isso literalmente ele falou, e depois usa-se quando quiser ter filhos. Então virou máquina...congelado. Eu acho que é um conselho terrível (...) Eles dizem "é só congelar óvulo e depois a gente pega o bonde andando e vai dar tudo certo, depois se aplica uma injeção hormonal, faz-se limpeza de embrião e fixa, cola", porque teve uma época que eles colavam, teve uma técnica descoberta que se usou durante uma ano, era uma cola que revestia o útero para o embrião se fixar. É uma propaganda enganosa e falsa, não é bem assim, não é só a juventude do óvulo é a do conjunto harmônico. Tinha que avaliar o número de acertos. Foi uma mulher de 63 anos que apareceu e gestou o neto, foi uma cadê as outras? Uma experiência desse tipo não tinha que ser colocada no ápice da propaganda, no caso servir de exemplo de sucesso que não é verdade (...) Agora eu estou muito instruída com a experiência, acho que tinha que compatibilizar os dois lados e acho que a vida moderna dá para fazer isso sem muito sacrifício... por isso que eu estou fazendo essa campanha: engravida logo, mesmo que tenha que fazer sacrifício, esse sacrifício que teve custo/benefício é menor do que o sacrifício feito mais tarde para engravidar. Tentar compatibilizar é melhor porque essas técnicas são muito dolorosas, para não dizer enganosas...*
>
> *Pega um organismo saudável e começa a mexer, você vai ter conseqüências, seu corpo reage na hora, apareceram nódulos nos seios, ai eu parei, apareceram 5 ou 7 e fui no mastologista. Passei por todo aquele processo, mamografia, ecografia mamaria, especialista e cada um faz um drama maior para poder ajeitar. No diagnóstico, eu estava bem, são todos eles cistos em expulsão, estou falando das perdas do processo. Todas as coisas apareceram quando eu comecei a mexer com isso (...) Mas eu quero, se tenho que passar por isso, vou passar, não vou desistir (...) Depois de todo esse processo, voltei a estimular e apareceu um cisto folicular, já vendo que eu tinha uma tendência a desenvolver*

cistos, isso é tudo que uma pessoa que toma hormônio não pode ter, comecei a tomar pílula como uma forma de atacar o cisto, para não ter que tomar procedimentos mais radicais. Felizmente, deu certo, então é por isso que o processo se arrasta, porque não foi assim: um mês tentou, depois outro. Um mês, o endométrio está estimulado, no outro, não aparece folículo. E sempre é muito progressivo. Eu nunca tomo remédio, nem para dor de dente. Foi uma coisa que sempre me preocupou, está aumentando a dosagem, primeiro foi só uma estimulação e não deu certo. Eu engordei 6 quilos (...) A coisa hormonal é mais grave ainda, você fica manipulada quimicamente, eu tive diversas perdas emocionais, no sentido de brigar com a melhor amiga do trabalho (...) Uma hora você está estimulando, outra hora você desestimula. Quando comecei a pensar no in vitro, agravou, porque a dose de remédio é cavalar, é impressionante o tanto de remédio que se toma, são três injeções por dia na barriga. Eu potencializei de uma forma, que fiquei absolutamente na menopausa, você para de estimular os hormônios, o cabelo resseca, a minha pele tornou-se seca, as ondas de calor... Eu falo para minha mãe: eu sei o que é menopausa. Eu me sinto uma pessoa manipulada quimicamente e falo para as pessoas, olha eu não estou no meu normal, eu me sinto um robozinho sendo puxado, uma hora eu estou super sensível. Transferi 3 embriões, produzi 8 folículos dos quais 5 com óvulos maduros, 3 embriões clivaram e só dois foram adiante. Tem até foto, lindo, a ilustração dos dois embriões. E aí você fica arriada, vim para casa e fiquei 15 dias deitada; era para ficar só dois. Isso para mim foi uma penitência, porque sou elétrica. A menstruação atrasou. Ai você começa a tomar progesterona, tomam-se 3 comprimidos e colocam óvulos de 12 em 12 horas. Com essa dose toda de progesterona, você está grávida de 3 meses. Então você olha para a propaganda e chora, você acaba de tanta sensibilidade, passa do estado de menopausa para o estado gravídico em 15 dias. Ai aconteceu. Faço agenda menstrual e sei quando estou menstruando, a gente conhece o corpo. E eu estava tomando a progesterona, o que aconteceu? Os seios incharam, a espinha não veio, a menstruação atrasou durante dias, então eu estava grávida. Fiz até uma carta para a Dra. Cecília agradecendo, eu estava grávida. E ai você aborta, você olha assim, vai fazer xixi e vê a calcinha suja de sangue, ah não! eu não vou mais passar por isso, a sensação é esta chega, basta, está de bom tamanho, já fiz o que tinha que fazer, não dá mais. É um aborto, você se sente como se estivesse abortando seu filho, passei 3 dias chorando, até por causa da sensibilidade, e o processo envolve uma gama de valores, seus e das outras pessoas. Então a minha mãe já esta construindo uma casa com quarto para os netinhos, o Ministro fala que tem que ver o meu período de maternidade como vai ficar, eu tenho tias que falam que no próximo natal a gente já pode fazer assim e assado, ... então é uma doidera. (Mulher de 38 anos, branca, funcionária pública federal, obstrução tubária, 3 inseminações e terceira tentativa de FIV em clínica privada. Depoimento tomado por Barbosa [1999, p.164, 176]).

Esse depoimento, de uma mulher brasileira, permite sintetizar várias das questões aqui levantadas, assim como exemplificar algumas das análises de Franklin. O cruzamento proposital dessas referências (britânica e brasileira) indica a semelhança entre algumas questões da RA em contextos culturais diferentes, aspecto já sugerido em outro momento. Assim, consideramos pertinente compreender tal questão em termos da afirmação de Oudshoorn (1994) e de Pignarre (1997) sobre a circulação desse tipo de empreendimento, através do que eles adquirem um caráter universal. Eles circulam universalmente porque são criados coletivamente.

A imagem da mulher desesperada pela falta de filho, usada nas estratégias publicitárias da RA, supõe, como contra-partida, a imagem salvadora do universo tecnológico como expressão do

inelutável progresso científico: *...so are women's bodies in the context of IVF the symbolic repositories of a profound faith in the moral and historical imperatives of scientific progress.* (Franklin, 1997, p.206).

Além da devoção ao *progresso* científico e tecnológico, a autora observa a capacidade de incorporação do mesmo. Através da FIV, ciência e natureza são unificadas no ato da procriação. Os fatos biológicos da reprodução não só são simbólicos no sentido de criar redes de parentesco, mas também são formas particulares de conhecimento, de acesso à verdade, com poder de intrumentalização. Tanto a biologia quanto o conhecimento da biologia são dotados de poder gerativo, no sentido de a função biológica poder ser assumida tecnologicamente. Natureza e tecnologia, ainda que não sejam comensuráveis, são intercambiáveis.

Os dilemas e esperanças, manifestos na perseguição do bebê milagre, e as complexas negociações entre o sucesso e fracasso da tecnologia conceptiva de última geração ilustram a intensidade com a qual, literalmente, se incorpora o progresso científico como uma expressão do desejo reprodutivo e de escolha do consumidor.

Franklin é reiterativa na particularização de sua análise do contexto euro-americano, na sua tentativa antropológica de compreender um lugar e sua cultura específica, no qual os sentidos da RA estariam determinados pela história do modelo particular de parentesco, de concepção, procriação e condição de pessoa. Em síntese, da organização social particular dos fatos da vida. O uso que essa autora faz da pesquisa *multi-sited,* proposta por Marcus (1995), é restrito ao contexto britânico, onde analisa uma série de interseções compostas por aspectos sociais, profissionais, financeiros, governamentais e instituições clínicas para compor o campo da RA. No entanto, a pesquisa *multi-sited,* que trabalha com objetos difusos, produzidos de maneira simultânea em múltiplos lugares, permite –e talvez seja essa sua principal proposta– a expansão de limites territoriais e nacionais.

Neste trabalho não foram exploradas a fundo as narrativas das mulheres e/ou casais usuárias/os de RA. As referências deste grupo foram emprestadas de outras pesquisas. Ainda assim, arriscamos fazer algumas considerações, colocando lado a lado mulheres britânicas e brasileiras. A maioria das afirmações, aqui feitas, decorre dos serviços de RA orientados e consumidos por mulheres de classe social mais favorecida e, em menor proporção, média. Possivelmente, estas mulheres brasileiras se assemelhem mais às britânicas entrevistadas por Franklin, do que as brasileiras de setores populares, no que se refere a sua relação com a incorporação da tecnologia produtora de vida.

É problemático falar do campo reprodutivo sem fazer distinções de classe. O aborto, por exemplo, prática freqüente em mulheres de diversas camadas sociais, parecer adquirir um sentido

diferente em função da classe. Se as mulheres pobres recorrem à pratica do aborto mais freqüentemente para controlar o número de filhos, as de classe média parecem fazê-lo para adiar o projeto de maternidade. Umas abortam porque já tem o número de filhos que desejam ou podem ter e outras o fazem pela tentativa de solidificar projetos profissionais e econômicos antes da chegada dos filhos.

É fundamental traçar o perfil de usuárias das NTRc no país, não só na perspectiva de acesso a esse universo, mas tendo presente as considerações sobre a diversidade de posições no espaço social, que determinam estilos de vida diferentes, diferenças simbólicas objetivadas nas condições de existência de cada grupo, que se exprimem no gosto e na apropriação tanto material quanto simbólica de objetos ou práticas (Bourdieu, 1994b). Cogitamos que nessa lógica da especificidade dos espaços simbólicos, associada à classe social, a incorporação do progresso tecnológico como valor e estilo de vida pode ser significado de diversos modos, segundo o capital econômico e simbólico, uma vez que a RA reforça valores burgueses sobre o determinismo biológico ou genético.

Fertilizando sonhos com facilidades de pagamento

Uma das questões que reiteradamente aparecem nas reportagens da imprensa escrita acerca da RA são os altos custos desses procedimentos. Como observado anteriormente, as matérias de imprensa apresentam vários exemplos de clínicas e centros privados de RA que anunciam medidas para baratear os custos do *tratamento*. Entre estas opções encontram-se convênios com bancos para parcelar o tratamento, ou planos oferecidos pela própria clínica, como no caso do *Plano Cegonha*:

> *Na Profert, além de contar com alta tecnologia e equipe especializada, você tem também planos de parcelamento em até 12 (doze) pagamentos, com ou sem entrada através de instituição financeira.*
> *É muito fácil. Basta preencher o cadastro e o seu sonho de ter um bebê poderá se realizar.*
> *Obs.: sujeito à aprovação de crédito* (Clínica Profert, Plano Cegonha).

As clínicas atraem sua clientela de forma diversificada e personalizada, de acordo com o perfil de suas/seus usuárias/os. O *Projeto Baby Bag,* por exemplo, estimula o *turismo reprodutivo* para a cidade de São Paulo. Usando uma imagem animada de uma cegonha sobrevoando a cidade, a clínica observa que nela se concentram muitos centros de RA, com taxas de gravidez iguais ou superiores às de centros de medicina reprodutiva do mundo. O programa não só é orientado aos brasileiros, que moram fora da capital paulista, mas também aos estrangeiros, mostrando as vantagens da política cambial no país e prometendo excelentes resultados a baixo custo. Segundo esta clínica, o câmbio do dólar, favorável a usuários de outros países, diminui os custos: se nos Estados Unidos o processo chega a custar US$5 mil, no Brasil pode ser feito, em média, por US$1,5

mil. Mas o atrativo não esta só no preço. O deslocamento de pacientes de outras cidades ou países pode dificultar a instalação e locomoção em São Paulo:

> *Pensando nisso, o Instituo Paulista de Medicina Reprodutiva (IPMR) ... além de parcelar o pagamento do tratamento de fertilização, desenvolveu pacotes especiais, que incluem hospedagem e transporte que facilitam o acesso dos pacientes à clínica.*
>
> *É possível* [também] *incluir no pacote os serviços de turismo. (...) Cada pacote é exclusivo, levando-se em conta o tipo de problema, distancia, tempo de permanência e condições financeiras. A hospedagem, transporte e os demais cuidados são ajustados de acordo com o perfil do paciente* (Instituto Paulista de Ginecologia e Obstetrícia, Projeto *Baby Bag*).

O projeto *Baby Bag* é realizado em parceria com uma agência de viagens que oferece aos "clientes nacionais e internacionais" viagens personalizadas, equipe treinada para atendimento em vários idiomas, hospedagens próximas à clínica com preços acessíveis, serviço de translado, motorista 24 horas e serviços de turismo. Todavia, como ter um filho é um direito de todos e os altos custos da RA impedem sua realização a determinadas parcelas da população, a clínica oferece planos mais econômicos para segmentos sociais menos favorecidos.

> *Por sermos sensíveis a estas dificuldades, idealizamos o* ***Projeto Fertilizando Sonhos*** *que disponibiliza alguns horários para atender pacientes sem condições econômicas que necessitam de uma avaliação. As consultas são gratuitas. Eventualmente, os tratamentos poderão ser doados para alguns casais especiais, através de renda proveniente da venda do meu livro* [do dono da clínica] *"Fertilização Um Ato de Amor" e da generosidade de alguns laboratórios.* (Instituto Paulista de Ginecologia e Obstetrícia, Projeto Fertilizando Sonhos. Ênfase original).

É importante assinalar que a gratuidade se restringe à consulta de *avaliação*; mas o acesso à utilização dessas técnicas está sujeito a outros determinantes não muito animadores. Entretanto, dado que a generosidade e a venda (do livro) podem ser incertas, propõe-se o programa de doação de óvulos para mulheres de menos de 35 anos, pobres, com bom nível intelectual, teste negativo para doenças genéticas e sexualmente transmissíveis, que necessitem usar as NTRc. Elas doam parte de seus óvulos em troca do *tratamento* "quase que integralmente gratuito. Por tanto, doar óvulos pode ser um gesto de solidariedade que beneficiará duas famílias."

Preocupados em atrair uma clientela diferenciada, para a qual se oferecem serviços exclusivos, os hospitais públicos também encontram suas estratégias. O Setor de Reprodução Humana da Escola Paulista de Medicina, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), faz menção ao interesse em se manter entre os melhores hospitais do país e anuncia uma nova unidade que visa atender pacientes particulares e de convênios:

> *Com as novas instalações todos os pacientes gozarão de excelente conforto, pois a Divisão de Convênios conta com um serviço de Hotelaria que preocupa-se em proporcionar o que há de melhor em matéria de atendimento hospitalar.*

> *(...) Estamos expandindo nossas atividades comerciais, visando o credenciamento junto às maiores empresas seguradoras, planos empresariais, associações, entre outros, disponibilizando o que há de melhor atualmente no ramo da medicina em termos tecnológicos, além da qualificação profissional, com os recursos e equipamentos que o HSP pode oferecer.* (Setor de Reprodução Humana, Unifesp, Convênios).

A ênfase nas instalações das clínicas aparece constantemente nas páginas eletrônicas. Além de se destacar os equipamentos e uma equipe treinada fora do país, as clínicas, geralmente localizadas em setores exclusivos, exibem imagens das instalações, fachada, salas de espera, recepção, etc., mostrando ambientes hospitalares muito diferentes dos tradicionais.

> *A clínica (...) está equipada com os mais modernos equipamentos em reprodução humana. Na clínica todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos poderão ser realizados, pois ela conta com consultório e sala de recuperação além de toda a infra-estrutura necessária para proporcionar a seus clientes um ambiente agradável e tranqüilo.* (Clínica Matrix, clínica).

A mudança na conceitualização de paciente para cliente não é exclusiva dos serviços de RA, pois ela se dá no marco da privatização da prática médica. Pfeffer (1997) afirma que as mensagens publicitárias direcionadas a ausência involuntária de filhos utiliza uma linguagem de consumo, derivada das tendências surgidas na década de 80 no contexto da assistência médica na Inglaterra, nas quais as/os pacientes se tornaram clientes. A ausência involuntária de filhos se transformou em *the shopping opportunity.* As estimativas acerca do número de casais ou pessoas inférteis permitiriam aos médicos avaliar o tamanho do mercado para tecnologias de concepção assistida, apresentadas como a principal forma de *tratamento* para a ausência involuntária de filhos. A concentração de poder no setor privado da medicina enfatiza mais o consumo desses serviços do que a divulgação de critérios clínicos que possibilitem avaliar a forma de intervenção mais adequada.

Nessa perspectiva, chama a atenção o recente artigo *Cegonha a prazo* (*Istoé,* 23/04/2003), que anuncia o financiamento oferecido por algumas clínicas ou convênios com planos de saúde, que dariam cobertura aos procedimentos de RA, no nível local. Os especialistas estariam interessados em facilitar maior acesso da população a este tipo de procedimentos e em "aumentar o movimento nas clínicas". Nesse sentido, um reconhecido centro do município de São Paulo lançou o programa de quatro tentativas de FIV, com um preço fixo de R$16 mil[46]. A cada mês a/o paciente paga dois mil reais, além do preço dos medicamentos, que também pode ter financiamento bancário.

> *No momento em que a cegonha vier, o casal precisará pagar o que falta para inteirar os R$16 mil combinados. Se não der resultado até a quanta tentativa, não é necessário pagar nada além dos R$8 mil já quitados. "Assumimos o risco junto com o paciente",* diz um dos médicos. (*Istoé,* 23/04/2003, p.45).

[46] Aproximadamente US$5.400.

A mesma matéria indica a realização de um convênio entre algumas clínicas e uma companhia administradora de planos de saúde que desenvolve programas segundo as necessidades dos clientes. Esse acordo foi realizado após um levantamento que mostrou a semelhança entre os preços da RA e outras cirurgias regularmente cobertas pelos planos. Contudo, os especialistas devem apresentar um relatório sobre as causas de infertilidade e as estratégias de *tratamento,* com o intuito de garantir a aplicação dos métodos mais adequados a cada caso, no lugar de padronizar o atendimento.

> *A conduta de diagnosticar corretamente as causas da infertilidade antes de decidir por procedimentos mais invasivos, como a FIV, já existe na maioria dos serviços gratuitos ligados a hospitais públicos e universidades. No serviço da Universidade de Brasília, por exemplo, onde não há essa tecnologia, o foco é tratar causas de infertilidade que podem ser corrigidas por meios mais simples.* (*Istoé,* 23/04/2003, p.45).

A reportagem indica pelo menos duas questões: na primeira, entram em cena as companhias administradoras de plano de saúde, aumentando a rede de pessoas ou entidades envolvidas no processo da RA. Por outro lado, observa-se a "regulação" desse campo através dos convênios médicos. Se, como aponta a discussão da II parte desta tese, tecnologia de ponta, como a ICSI, é indicada para todos os casos num dos maiores centros do país, aqui se torna evidente a exigência, introduzida por essa administradora, de uma avaliação adequada a partir da qual se pondere a realização de procedimentos "menos invasivos", ou melhor, que represente menores desembolsos para estas entidades.

A tendência de utilizar técnicas complexas desnecessariamente, também identificada por pesquisadoras inglesas, tem levado a alertar às/aos usuárias/os acerca dos critérios de escolha desse tipo de serviços. A Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva formulou *dicas para escolher o melhor tratamento para a infertilidade,* também divulgadas na imprensa brasileira (*O Estado de SP*, 15/07/2001). Nestas reportagens, os médicos advertem sobre o uso de métodos sofisticados para casos que poderiam ser tratados com medicamentos ou mudança de hábitos. Para evitar os enganos, as/os pacientes são aconselhadas/os a procurar um médico de confiança, ainda que não seja especialista; ler bastante sobre o tema; visitar várias clínicas e conversar pessoalmente com os médicos; informar-se sobre o passado do médico; estar atenta/o para avaliar a honestidade ética do médico; procurar sempre uma segunda opinião e não se deixar enganar pela ostentação.

Essas orientações foram respaldadas pelo grupo de urologistas brasileiros mencionado na II parte, que mostram uma posição crítica frente à banalização do uso de técnicas, mas também reconhecem publicamente os interesses lucrativos da indústria da vida por parte de várias das clínicas que atuam no país.

Capital, ciência e tecnologia

A inserção do mercado na *produção* da vida pode ser compreendida num contexto de transição ou mudança do capitalismo contemporâneo. Segundo as análises de Rifkin (1999, 2001), a base da vida moderna, na qual propriedade e mercado eram sinônimos, começa a se desintegrar para dar surgimento a outras formas de valor na nova economia de mercado de produção cultural.

> *O nascimento de uma economia de redes, a contínua desmaterialização dos bens, a relevância cada vez menor do capital físico, a ascendência dos ativos intangíveis, a metamorfose de bens em serviços puros, a mudança no comércio* first-tier *de uma perspectiva da produção para uma perspectiva de marketing e a transformação de relacionamentos e experiências em commodities, todos estes elementos fazem parte da reestruturação radical que esta ocorrendo na economia global* high tech*, à medida que parte da humanidade começa a deixar os mercados e a troca de propriedade para trás, em sua viagem rumo à Era do Acesso.* (Rifkin, 2001, p.93).

A tese do autor apresenta múltiplos desdobramentos nas várias esferas da atividade humana e social. Uma das conseqüências desse novo "hipercapitalismo" é a comercialização do acesso a experiências culturais que, levadas à arena comercial, são transformadas em *commodities*. Nessa configuração, o acesso às experiências vividas torna-se tão importante quanto foi o acesso à compra de propriedades numa época anterior. Nesse sentido, a pergunta não é mais o que se quer ter e sim o que se quer vivenciar. Analistas das tendências capitalistas começaram a perceber o significado de transição de uma economia industrial para uma economia da experiência, na a qual se comercializa aquilo "que faz bater o coração mais rápido".

As mudanças na economia global são o produto da grande revolução tecnológica do século XXI, que surge da aliança entre as ciências da computação e a genética, constituindo uma única força tecnológica e econômica. Esta "virada" é produzida na junção de forças sociais e tecnológicas, que configurariam uma nova "matriz operacional" composta por sete fios, rumo a nova era econômica. Entre estes, o autor identifica a capacidade para manipular e explorar genes com fins econômicos específicos; a concessão de patentes do material humano; a apropriação dos recursos biológicos do planeta; a possível alteração da espécie humana através da eugenia; e o uso de computadores para sistematizar e administrar a informação genética e reinvenção da natureza, presente numa nova narrativa sobre a evolução (Rifkin, 1999, p.9-10).

O autor parece dar continuidade às questões levantadas por Kimbrell (1993) acerca das possibilidades e implicações da mercantilização do corpo humano e suas partes. No entanto, Rifkin não só identifica estes fatos, como também realiza um interessante esforço por articulá-los e explicá-los num panorama maior de transformações econômicas que aparecem mais diluídas no livro de Kimbrell.

Uma das questões freqüentemente evocadas por Rifkin e outros autores (Beck, 1999), ao se referirem às implicações da escolha do bebê perfeito mediante a manipulação do código genético, refere-se à eugenia. As mudanças no plano da biopolítica não passam mais pelas decisões do Estado para a eliminação sistemática dos traços biológicos indesejáveis, mas pelas decisões privadas de homens e mulheres seduzidos pela revolução da engenharia genética, que permite uma *reprodução seletiva*, visando aprimorar as características dos indivíduos e da espécie.

O autor se refere à tradição norte-americana, que destaca os laços de sangue e a hereditariedade sobre determinantes econômicos, sociais ou culturais no comportamento individual e na determinação do caráter de grupos étnicos e raciais. Esse passado possibilitaria o ressurgimento de um novo movimento eugênico na era da biotecnologia, na qual se escolhem os genes a serem alterados, inseridos ou suprimidos do código hereditário de diversas espécies.

O diagnóstico genético pré-implantacional (PGD), por exemplo, faz parte dos mecanismos através dos quais pode ser evitada a implantação de embriões "feios ou doentes". A disposição da tecnologia para avaliar e selecionar os embriões a serem implantados traz efeitos perversos. Se a mulher e/ou casal não "opta" por realizar esse tipo de procedimento, o risco de ter uma criança doente, ou ter que recorrer ao aborto é responsabilidade do casal e/ou da mulher. Ao final, a tecnologia dispõe dos mecanismos para antecipar ou prever o futuro imediato da criança. Toda responsabilidade por falhas no processo é jogada no indivíduo, deixando incólume os profissionais e a técnica. Como manifesta Rifkin, talvez no futuro, os pais sejam responsabilizados moral e juridicamente por não prevenir ou corrigir defeitos genéticos.

Todavia, os testes genéticos e a RA não são usados unicamente para descartar doenças, eles também servem aos desejos e caprichos dos pais, aos quais se promete maior liberdade de escolha. Um bom exemplo é a polêmica levantada por um casal de lésbicas surdas que recorreu à RA para ter um filho surdo (*Veja-on-line,* 17/04/2002). "Em lugar de um neném de olhos claros ou superinteligente, elas procuraram gerar um filho surdo", frisa-se, na tentativa de compreender o que faria um casal *encomendar* um filho considerado deficiente. O caso levantou poeira em ambas partes. De um lado, os bancos de sêmen se recusaram a participar (o mais provável é que inexista sêmen congelado de surdo) por considerar, como afirma Volnei Garrafa na matéria, que é "uma eugenia ao contrário", pois no lugar de prover o filho de vantagens competitivas, elas optaram por um 'egoísmo absurdo', no qual as mães desejam para seu filho o indesejado. Do outro lado, as mães alegaram o desejo de ter um filho como elas: "queremos que gostem das mesmas coisas que nós".

Um movimento de surdos norte-americanos considera de que surdez não é uma deficiência e sim uma identidade cultural[47]. Nessa perspectiva, não estariam gerando um filho deficiente, mas optando, da mesma maneira que casais escolhem ter um filho de sexo ou cor pré-definidos. Segundo a matéria, uma das mães afirmou que da mesma forma que o surdo, uma menina ou um negro podem ser discriminados, porém esse argumento não é usado para dissuadir os casais de terem uma menina ou uma criança negra. O caso evidencia implicações de ordem social, político, moral e sanitário das tecnologias reprodutivas, que remetem também aos critérios e ao direito de elegibilidade e acesso a essas tecnologias. Além disso, a argumentação do casal se baseia numa perspectiva identitária, que supõe a garantia dos mesmos gostos a partir da surdez, apontando uma certa intolerância a outras opções.

O cliente só leva o produto se o satisfaz. Embora no Brasil seja proibida a seleção do sexo, a não ser quando associada à transmissão de doenças, a mídia aponta essa possibilidade como um dos atrativos da RA[48]. Essa liberdade de escolha, atrelada à mercantilização da vida e aos altos custos, levaria às seguintes afirmações:

> *A sensação que dá é de estar brincando de Deus. É tudo muito estranho: se eu tivesse um filho e ele nascesse verde, tudo bem. Mas, se não é um processo natural, qualquer coisa que nasça será responsabilidade minha. É uma receita de bolo e estou escolhendo os ingredientes.* (Depoimento de mulher brasileira que escolheu por catálogo doadora de óvulos norte-americana. FSP, Revista da Folha, 26/09/99, p.9 a 15).

Outra vertente da nova matriz operacional do século biotecnológico, segundo Rifkin está na determinação dos laços de sangue e na hereditariedade no comportamento e caráter dos indivíduos. A explicação da homossexualidade, alcoolismo, características de personalidade, entre outros, a partir da genética joga um importante papel no campo da RA. Os critérios de seleção para doadores de gametas colocam essa questão em evidência. A indagação sobre habilidades, destrezas, consumo de drogas, psicopatologias, etc. faz parte da construção científica contemporânea que localiza a essência da humanidade no DNA.

A hegemonia do gene como modelo explicativo de doenças e questões sociais traz implicações de ordem econômica, conceitual e política. A fragmentação e objetivação, através da tecnologia e a prática médica, expõe o corpo ao mundo das *commodities*, redefinindo o valor social

---

[47] O *Deaf Pride* surgiu, nos Estados Unidos, no começo da década de 90 e tem como bandeira "sair do armário" e assumir a linguagem de sinais como idioma preferencial. Uma das estratégias usadas pelos membros deste grupo para ter filhos surdos, além de procurar médicos para concebe-los, é não evitar a rubéola durante a gestação, uma das causas de surdez em crianças (FSP, 24/07/2003, Equilíbrio, p.6).

[48] Ao ser indagado sobre a escolha de sexo, o Dr. Abdelmassih responde, de maneira ambígua, que se existem os meios e se há pessoas para as quais é importante ter um filho homem por questões culturais, porque não fazê-lo, depois de consultar o CFM. Há casos, afirma, como acontece em famílias árabes e judaicas, em que uma criança de sexo masculino pode significar a continuidade da família (Besen, 1998/1999; *Com Ciência*, s/d).

das pessoas ou de suas partes e promovendo formas de segregação baseadas no genótipo. Os genes se tornam objetos alienáveis que permitem remodelar e reimaginar o corpo e os indivíduos (Sharp, 2000). Esse modelo explicativo nega fatores sociais, ambientais e educativos na determinação das situações de indivíduos e grupos, eximindo a sociedade e os indivíduos da responsabilidade de serem sujeitos atuantes da sua própria história (Corrêa, 2002; Ribeiro, s/d). As implicações de ordem política surgem nas considerações sobre quem detém o poder para definir os genes que devem ser conservados e eliminados. Se ao longo da história uns sempre controlaram o futuro de outros, atualmente o controle é exercido sobre as futuras gerações, mediante a manipulação antecipada dos processos da vida biológica (Rifkin, 1999).

Como apontam Nelkin e Lindee[49] *apud* Rifkin (1999), o gene está se convertendo num "ícone cultural, um símbolo, uma força mágica" que ganha um papel social e político, ao se lhe atribuir o poder não só de explicar a saúde e a doença, como também de determinar comportamentos, habilidades, preferências, etc.

O desenvolvimento da biologia molecular, como fator determinante na reinvenção da natureza, constitui um dos fios que conduzem à nova ordem econômica. Este desenvolvimento abre o caminho para reformular os atributos biológicos em função das idéias e desejos dos homens, gerando um tipo de poder divino para selecionar as características e futuro biológico das próximas gerações: "As leis da natureza estão sendo reescritas para se adaptarem a nossa mais recente manipulação do mundo natural, permitindo-nos racionalizar a nova atividade econômica e tecnológica do século biotecnológico como um mero reflexo da 'ordem natural' das coisas" (Rifkin, 1999, p.217).

A biotecnologia, mais especificamente a confluência do capital, ciência e tecnologia, parece tomar conta dos domínios da vida social, submetendo-a às leis de mercado. Concordando com Franklin (1993), afirmamos que o campo da RA tornou-se uma indústria que oferece, nos termos de uma lógica de consumo, uma série de técnicas, produtos e serviços profissionais no novo mercado da infertilidade.

Os filhos como prescrição na cultura do consumo biotecnológico

O trabalho de Marilyn Strathern (1992) sobre as NTRc no contexto britânico é de fundamental importância para considerar o surgimento, instauração e aceitação da RA. As considerações desta autora seguem uma linha de raciocínio similar à que tratamos no apartado anterior, porém indicadas numa perspectiva antropológica. Centralizamos essa discussão em torno

[49] Nelkin, D.; Lindee, S. *The DNA Mystique: The gene as a cultural icon*. Nova York: W.H. Freeman, 1995.

do conceito de escolha no campo reprodutivo, aspecto fundamental à lógica do consumo e que aparece implícito em alguns dos conteúdos publicitários apresentados.

Os procedimentos tecno-médicos para superar a infertilidade explicitam a participação cultural no desejo do filho biológico. Porém, é necessário considerar como se tornou possível este desejo em situações que, há pouco tempo, eram consideradas inférteis por definição.

Para a autora, estas discussões colocam em evidência operadores culturais consistentes no uso de metáforas que envolvem conceitos e imagens pertencentes a diversos domínios, tornando o não comum em comum. Em tal associação se deslocam significados iniciais configurando outros, ou permitindo o desenvolvimento de um conjunto de idéias e domínios para 'representar' outros, – como acontece, por exemplo, com o conceito de vida artificial. No entanto, também se delimita o que é pensável ou possível no que se refere às combinações e síntese do que pode ou não ser justaposto. A associação de idéias e síntese dos diversos domínios tem um caráter real, uma vez que afeta a vida das pessoas, através de legislações que circunscrevem as realizações possíveis e até desejáveis.

Ao analisar a RA no contexto britânico, Strathern observou no desejo um elemento substancial do processo: o desejo de filhos saudáveis e o desejo de família. Na lógica que ela analisa, torna-se um direito realizar o que se deseja, uma vez que as tecnologias disponibilizam a possibilidade de atingir o desejo e, dessa maneira, a realização de si mesmo[50]. O mundo euro-americano (branco e do Norte) é visto por Strathern como uma auto-proclamada cultura de consumo, na qual os bens são personalizados, individualizados. Subjacente a essa lógica há uma fonte inesgotável de emanação de desejos/necessidades, cuja insatisfação ocasiona sofrimento, como ocorreria no caso das mulheres sem filhos. A subjetividade, manifestada através do consumo, é constituída por uma força coercitiva de escolha –a dinâmica do consumo cria a escolha como um ato de subjetividade, de agenciamento do indivíduo. A satisfação vem de fora, mas o ímpeto vem de "dentro".

Strathern visualiza as tecnologias reprodutivas como formas de controle, numa era na qual há domínio sobre nossa própria biologia, particularmente sobre nossos processos reprodutivos, o qual resulta ser de grande relevância, na medida em que se tem, de maneira mais geral, um controle sobre a vida. Desse modo, a questão não envolve somente o processo reprodutivo, mas também o

[50] Vale enfatizar a clara tendência, das autoras inglesas que analisam a RA, em inscrever o surgimento desses serviços no contexto das políticas de privatização dos serviços de bem-estar social durante o governo de Thatcher, no qual o livre mercado foi vinculado a valores morais conservadores, particularmente em relação à família. O direito do exercício de escolha, especialmente a escolha do consumidor, foi o principal incentivo do estado *anti-welfare.* Contra a "dependência cultural" do *welfare state* foi encorajado o *self-reliance*, uma forma de operacionalizar a afirmação de Thatcher: *There was no such thing as society, there are only individuals and their families* (Franklin, 1997).

controle sobre o envelhecimento e a morte, alterando os ciclos de idade, dando lugar a uma re-interpretação do conhecimento científico como domínio da cultura de consumo.

A análise do material simbólico presente em relatórios técnicos, como o *Glover Report on Reproductive Technologies to the European Commission*, permite a Strathern fazer inferências sobre as práticas culturais, uma vez que esse tipo de documentos estabelece uma ponte entre o desenvolvimento tecnológico e a vida social. Segundo a autora, este relatório aponta a questão do desejo como elemento substancial do processo de assistência tecnológica à reprodução, particularmente o desejo de constituição familiar[51] e de filhos saudáveis. Todavia, a questão que se coloca é que tipo de pessoa é seduzida pelo mundo do desenvolvimento tecnológico para atingir seu desejo.

Uma questão particularmente relevante aos objetivos desta pesquisa, na análise de Strathern, é a relação entre o desenvolvimento tecnológico e o jogo de escolhas dentro de um imaginário cultural, permeado pela lógica do mercado, na qual o filho –especialmente aquele concebido através das diferentes técnicas de RA– é literalmente a incorporação de um ato de escolha, que envolve a possibilidade de selecionar o sexo e características genéticas desejáveis, assim como eliminar outras consideradas problemáticas ou não valorizadas socialmente.

Os casos do casal de surdas e dos embriões geneticamente selecionados para servirem de doadores para salvar irmãos são exemplos expressivos da escolha de filho. O primeiro escandaliza ao selecionar características não valorizadas socialmente, indo na contra-mão do hegemonicamente desejável. De outro modo, teria passado desapercebido. O que se procura não é só um filho, mas um filho com características definidas previamente, onde há a possibilidade de "escolher os ingredientes", como afirmou a mulher brasileira que escolheu a doadora de óvulos por catálogo. A frustração desse ato de escolha poderia também explicar a reação de desencanto dos casais brasileiros presentes na reunião referida no início desta parte, ao serem informados da proibição de escolha de sexo no país.

Para Strathern, a idéia de escolha está encravada na matriz de outra analogia, por ela nomeada de *Enterprise Culture.* As NTRc habilitariam as pessoas para atingir desejos para os quais elas não estariam dotadas "naturalmente" ou, dito de outro modo, realizar desejos que só poderiam atingir com mediação de agentes externos, sendo que o dinheiro constitui um tipo de habilitador deste dispositivo. A autora propõe pensar os serviços de RA não como um empreendimento em favor do *self*, mas como um assunto que satisfaz a quem deseja fazer da família um negócio.

[51] A descendência na visão ocidental (assinalada por Schneider, 1968) é determinante para a definição "da" família, isto é, do tipo de arranjo correspondente à família nuclear.

Na analogia com o mercado de Strathern, o produtor incorpora as escolhas de sua clientela, que servem de *in put* à maquinaria, para depois serem devolvidas ao consumidor na forma de possibilidade de escolher entre as opções produzidas por quem providencia os serviços. A perversão e rigidez desse empreendimento está na prescrição encoberta (mascarada) da obrigação da escolha. A cidadania se exerce pelo caminho da escolha dentro de uma lógica de mercado, escolha que é formatada por uma construção social mais ampla que condiciona a mesma prática cultural. Nessas "imagens fantasiadas de escolha", os mecanismos propiciam a realização do desejo –só não tem filho biológico quem não quer.

Se observarmos o que há por trás da patologização ou medicalização da ausência de filhos, podemos encontrar que haveria a prescrição, não necessariamente da fertilidade, uma vez que a tecnologia não só cumpre, como também se apropria dessa função. A limitação biológica não mais constrange o desejo procriativo, mas o que se prescreve é o desejo de filho. Strathern observa que para haver satisfação nesse empreendimento deve haver o desejo, uma vez que sua ausência seria uma afronta ao significado de sua satisfação. Sem desejo de filho não há infertilidade, tampouco a procura de serviços de RA.

A tecnologia no final do século XX se colocou a serviço da reprodução humana, fazendo corpos vivos. A fertilidade e a procriação eram eventos considerados na ordem do natural. Atualmente, se há alguma falha na procriação através do intercurso sexual, ela é resolvida pela assistência médico-tecnológica. As NTRc são artificiais, mas são apresentadas como sensíveis à realização de um desejo natural de procriação, provocando, dessa maneira, um deslocamento do que é considerado natural. Poderíamos agregar que a conservação de alguma forma de naturalidade do desejo possibilita a divulgação e aceitação dessas tecnologias, assim como também provoca a expansão de sua aplicabilidade, no sentido de redefinir a infertilidade. O material aqui analisado utiliza a definição de infertilidade como ausência de gravidez ao longo de um ano de relações sexuais, porém sabemos que a RA extrapola esses termos tradicionais. Ao fragmentar o processo reprodutivo, em que pode haver ou não continuidade genética entre o bebê e o pai e a mãe, o que persiste como elemento natural pode ser simplesmente o desejo de ter filhos por alguma forma diferente da adoção.

Nessa relação entre mercado e RA, se o habilitador do *Enterprise Culture* é o dinheiro, no caso da RA é a escolha, pois a instituição familiar deve ser protegida da idéia de exploração financeira. Assim, a circulação (por doação, venda ou troca) de gametas, úteros e embriões é concebida como atos de altruísmo e não como transações comerciais. Entretanto, como a comercialização de gametas e do uso da doação temporária de útero são práticas proibidas no Brasil, o dinheiro constitui um fator determinante, um habilitador dos serviços de RA. Não é

necessária uma análise muito refinada para observar a co-existência de uma linguagem altruísta e uma linguagem claramente comercial, que não vende bens, mas sonhos e escolhas.

Talvez uma diferença fundamental entre os serviços de RA dos países do Norte e do Sul seja o enquadramento destes últimos na prática da medicina privada. No Brasil, apesar dos esforços para "popularizar os bebês de proveta", o acesso aos serviços de RA continua limitado pelos altos custos. Como afirma Corrêa, num panorama nacional de carência de serviços mais primários em saúde, "um dispositivo de cuidados médicos como a reprodução assistida não poderia ser encontrado senão no setor privado da medicina, reproduzindo em toda sua extensão o que tem sido a história do consumo e da exclusão do consumo nas sociedades contemporâneas." (1997, p.94).

Ao longo deste capítulo, observamos várias questões de interesse para a compreensão desse campo. As teorias, assim como os objetos, medicamentos e instrumentos diagnósticos e de intervenção ligados ao campo da saúde, são inventadas e não descobertas, num processo que envolve uma complexa teia de relações e interesse. A biomedicina, particularmente, é considerada como um sistema cultural e, semelhante a ciência, emerge num momento particular na história da sociedade ocidental contemporânea. Finkler (2001) afirma que a ênfase colocada na transmissão genética –o determinismo genético– reativa e reforça a categoria nativa de parentesco bilateral. Nesse sentido, não é surpreendente a ampla aceitação da crença na herança genética que, aliada a autoridade com a que é revestida a ciência no mundo contemporâneo, permite encontrar um terreno propício para a aceitação da medicalização da família e do parentesco e, talvez, da fabricação da vida. Atribuir à herança genética desordens médicas não só tem implicações na procura da causalidade última das doenças, mas também reforça a compreensão euro-americana do parentesco em termos genéticos.

Dessa maneira, paralelamente às mudanças que introduzem as tecnologias na criação da vida, há um redimensionamento da reprodução humana que, ao ser deslocada da alcova para o laboratório, ganha características de fabricação da vida. Os tecno-filhos são oferecidos como os produtos de um processo mecânico, que produz bebês socialmente desejáveis, descartando os aspectos não desejados da onto-humanidade. O dom da vida, a dádiva do filho, aquilo que faz bater o coração mais rápido, obscurece a forma mercantilista como eles são oferecidos. A vivência da gravidez, a experiência de ter um filho genético, converteu-se em mercadoria: um sonho a ser estimulado, que requer mediação médica e tecnológica para sua realização.

IV PARTE

Corpos sexuados, corpos reprodutivos

O programa Roda Vida, da TV-Cultura, transmitido em 12 abril de 1999, convidou o Dr. Roger Abdelmassih para discutir a RA. Dentre as questões abordadas, uma delas merece especial atenção nesta parte do trabalho. Trata-se, paradoxalmente, do apelo "ao modelo natural de reprodução" quando se discutem os limites da RA. Um dos entrevistadores indagou o entrevistado sobre os limites dessas tecnologias, uma vez que já existe especulação sobre a possibilidade de uma gestação se desenvolver no corpo de um homem. O convidado considerou essa possibilidade uma aberração, dado que o local para a gestação de um embrião é o útero, pois é assim que acontece *naturalmente*. Ao ser confrontado com o fato de que qualquer procedimento poderia ser feito, desde que o desenvolvimento da gestação aconteça no corpo da mulher, uma outra condição foi enunciada: a heterossexualidade.

O especialista se referiu à consulta ao CFM para atender a demanda de um casal de lésbicas que procurou sua clínica para atingir a maternidade partilhada. Uma delas doaria o óvulo para fecundação *in vitro* (com sêmen de doador), que seria transferido ao útero da parceira, como acontece na ovo-doação ou na maternidade substituta. Segundo o Dr. Roger, o procedimento não foi autorizado, por não se justificar medicamente. O ponto em questão não era negar o desejo reprodutivo do casal, ou de cada uma delas, mas observar os impeditivos morais do que a tecnologia permitiria: uma maternidade partilhada, de maneira intencional, em função do desejo amoroso de duas mulheres. A heterossexualidade aparece aqui como normativa, excluindo-se, pelo menos neste debate público, a possibilidade de RA partilhada para casais de lésbicas.

Na discussão realizada nesse programa sobre o que pode ser moralmente aceito na assistência médica à reprodução, há duas questões fundamentais para a compreensão ocidental e moderna da reprodução humana: uma delas define a reprodução como uma relação causal entre a cópula de homens e mulheres e a procriação, a partir do qual se estabelecem direitos e obrigações de cada uma das partes com a prole. A outra, que coloca na reprodução, enquanto traço biológico, o lugar de significação de diferença entre homens e mulheres. Essa diferenciação, embasada na capacidade de procriação das mulheres, é fundadora, como afirma Swain (2000), do "aporte cultural que lhe designa por natureza a *nurture and care*."

Estas duas questões, antes de serem consideradas como afirmações inquestionáveis, são tomadas como fios condutores das discussões desenvolvidas nesta parte, uma vez que a

diferenciação sexual e seu corolário –a reprodução– são consideradas como estruturantes das relações entre os sexos. Esses aspectos são centrais, especialmente em teorias de gênero e nas análises do parentesco ocidental. As discussões sobre o lugar da reprodução na organização social, desdobram-se em outras relativas ao corpo, à definição de pessoa, conceitos de natureza e cultura, que também estariam envolvidas na discussão das NTRc.

As questões aqui desenvolvidas partem de um postulado: a apreensão ocidental da reprodução sexual baseada na interpretação dos fatos biológicos é definidora de teorias de parentesco ocidental contemporâneo e de teorias de gênero[1]. Conjeturamos, inicialmente, que o desenvolvimento tecnológico, ao transformar o "modo sexual" da reprodução[2], abriria possibilidades inestimáveis de liberdade reprodutiva. Em conseqüência, a RA introduziria tanto novas questões, como também rupturas com conceitos tradicionais, e constituiria uma oportunidade para desvendá-las no contexto das relações de parentesco e de gênero, colocando em evidência os termos reguladores de uma ordem sexual dominante. As técnicas de RA foram originalmente desenvolvidas para contornar a esterilidade definida operacionalmente como ausência de gravidez ao longo de um ano de relações sexuais não protegidas. No entanto, as demandas de RA são múltiplas e inesperadas, possíveis de realização mediante o desenvolvimento e uso de novas técnicas que transcendem tal definição. Tecnicamente é possível realizar o *sonho da reprodução* em condições antes consideradas, por definição, inférteis, estimulando um desejo que, há pouco tempo, sequer poderia ser considerado.

Outra hipótese inicialmente considerada foi que as tecnologias reprodutivas introduziriam elementos que desnaturalizariam posições de homens e mulheres, reificadas, tradicionalmente, em função da sua participação na reprodução, configurando um novo contexto de análise para as relações entre os sexos. Algumas das tecnologias que permitem a fecundação fora do corpo feminino colocariam, até certo momento do processo, mulheres e homens no mesmo patamar, pois não seriam mais do que doadores de gametas.

A exploração dessas hipóteses em função do material empírico e das discussões levantadas nos capítulos precedentes conforma o conteúdo desta parte da tese. Ainda que se continue privilegiando o contexto brasileiro, as discussões não se restringem a ele.

---

[1] Cf. Collier & Yanagisako (1987); Peletz (1995); Piscitelli (1998; 1999). O trabalho de Schneider (1968) constitui uma importante referência para essa discussão. Strathern (1992) também concebe que os sistemas de parentesco e as estruturas familiares são arranjos sociais que não imitam, mas se baseiam num desdobramento dos processos biológicos da reprodução.

[2] O termo reprodução tem uma variedade de significados, mas aqui é usado para indicar o ato de gerar ou procriar outro ser a partir do material genético próprio ou doado, que envolve a participação voluntária da pessoa ou casal interessado na experiência de fecundação, gestação ou parto.

Criando gêneros

A tecnologia reprodutiva se tornou um meio para realizar o "sonho reprodutivo" de casais, abrindo possibilidades inestimáveis de liberdade reprodutiva que subvertem, inclusive, os limites do ciclo reprodutivo feminino e de gerações. A doação temporária do útero permitiu, entre outras coisas, que avós gestassem seus netos. O crescente avanço no desenvolvimento de tecnologias, que possibilitam a maternidade tardia, permite também às mulheres na menopausa gestar seus filhos.

A proliferação de solicitações inesperadas leva à procura de algumas regras, entre elas, a heterossexualidade do casal solicitante. As leis ou normas que regulam a RA, em alguns países, permitem o uso dessas técnicas somente para casais-heterossexuais. No Brasil, o CFM estabelece que essas tecnologias podem ser usadas por mulheres ou casais inférteis, depois de esgotados outros métodos. O parecer do CREMESP, mencionado anteriormente, reitera que não há nenhum impeditivo legal para uma mulher solteira usar RA. No entanto, os serviços públicos de RA colocam entre seus requisitos a presença de um companheiro estável, uma vez que a exposição a relações sexuais é necessária para diagnosticar a infertilidade. Também, o discurso médico aponta a infertilidade *do casal,* modificando a percepção tradicional que alocava nas mulheres suas causas, expandido desse modo a avaliação diagnóstica ao casal.

A *artificialidade* dribla os "limites" colocados pela natureza à reprodução sexual, podendo inclusive transcendê-la, mas procura se espelhar num modelo tido como *natural* amparado no conhecimento científico.

Para decompor a dinâmica entre estes dois planos encontramos uma importante referência em Butler (1990), que analisa a naturalização do sexo, dimensionando qual o sujeito das teorias que supõem a constituição de gênero, sexo, desejo como naturalmente dados. A autora, além de observar os problemas epistemológicos de colocar o sexo como um dado natural, pré-social ou pré-discursivo, apresenta as possibilidades de subversão das identidades enraizadas na sociedade ocidental. Butler procura "...argumentar em favor de uma nova concepção de gênero, poder, subjetividade, práticas políticas, reiterando a primazia da cultura e da história na constituição dos nossos corpos, fantasias, representações, vaidades, condutas..." (Bessa, 1995, p.262).

O gancho entre a RA e os argumentos teóricos de Butler está nos mecanismos reguladores da sexualidade contidos no que ela chama de *matriz heterossexual reprodutiva.* O programa Roda Viva e, especialmente, as reportagens de imprensa e as páginas eletrônicas das clínicas de RA coincidem no argumento dos filhos "sangue do próprio sangue" como um ideal normativo. A dificuldade ou impossibilidade de atingir este ideal se configura como uma disfunção (doença) que

a ciência, especificamente a medicina, é chamada a remediar –com alto custo e pouco sucesso[3]–, suscitando polêmicas discussões. As possibilidades de liberdade reprodutiva, por via das transformações tecnológicas, são debatidas no plano da ética, da moral e da lei, particularmente quando subvertem as regras do parentesco e ultrapassam os limites da heterossexualidade.[4]

As discussões de Butler incitam a pensar as NTRc como um interessante caminho para analisar como a sexualidade reprodutiva é inscrita nos termos reguladores de uma inteligibilidade dominante que, *aparentemente*, perde sua força descritiva face às mudanças nos modos de reprodução introduzidas pela tecnologia.

A autora realiza uma genealogia crítica da naturalização do sexo e dos corpos, através da qual desvenda a própria produção discursiva de uma matriz heterossexual e reprodutiva como mecanismo que estabelece e regula a forma e o significado da sexualidade. A heterossexualização do desejo, interesse particular da autora, requer e institui a produção de uma oposição assimétrica entre feminino e masculino –entendida como atributos de homens e mulheres– e supõe "identidades de gênero" que instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, desejo e prática sexual (um sistema de oposições binárias: homem/mulher; masculino/feminino; macho-masculino-desejo-hetero/fêmea-feminina-desejo hetero).

No interior dessa organização, algumas "identidades de gênero" não podem existir, pois aparecem como desenvolvimentos falidos ou impossibilidades lógicas do modelo. A regulação binária da sexualidade serviria aos objetivos reprodutivos do sistema compulsório heterossexual e, por sua vez, suprimiria a multiplicidade subversiva de sexualidades que rompem com a hegemonia da heterossexualidade reprodutiva dos modelos médico-jurídicos.

Butler (1990), inspirada principalmente em Foucault, formula o conceito de gênero como performaticamente produzido e constrangido pelas práticas reguladoras da sexualidade. Em busca de estratégias analíticas para desnaturalizar e ressignificar categorias corporais, a autora postula as práticas baseadas na teoria performática[5] de atos de gênero que rompem com a continuidade e coerência de categorias como corpo, sexo, gênero e sexualidade, visualizando neles atos que vão além da estrutura compulsória.

---

[3] Algumas autoras discutem o baixo sucesso das NTRc e a relação custo/benefício em função da incomensurabilidade do desejo e expectativa de ter filhos. Cf. Côrrea (1998).

[4] O debate em torno às questões éticas da RA é vasto. Para um estado da arte do desenvolvimento das novas tecnologias conceptivas e das tecnologias genéticas e moleculares e suas implicações éticas, ver Rotania (2001a, 2001b); Berlinger e Garrafa (2001); Oliveira (1998); Oliveira e Mota (2001); Diniz e Buglione (2002); Dossiê Genética e Ética, *Revista USP,* São Paulo (24), dezembro/fevereiro 1994/95.

[5] "…performativity must be understood not as singular or deliberate 'act', but, rather, as the reiterative and citacional practice by which discourse produce the effects that it name." Butler (1993, p.2).

Butler aponta três dimensões contingentes de significação corporal: sexo anatômico, identidade de gênero e gênero performático, podendo existir incongruências entre as mesmas. Estas dinâmicas foram observadas nas práticas *queer,* como uma forma de evidenciar sexualidades limítrofes que manifestam descontinuidades reveladoras tanto de uma estrutura imitativa de gênero, quanto de sua contingência. Não obstante, nestas imitações ou paródias de gênero não se assume a repetição de um original (natural ou substancial), mas a revelação de que o original não é outra coisa senão paródia da idéia do natural e original.

Embora preocupada com a questão da identidade e, especificamente, de como esta redunda na estruturação da heterossexualidade compulsória, em breves referências à reprodução, Butler discute ou rejeita o estatuto da maternidade como unidade ontológica que fornece uma identidade feminina. Para a autora, qualquer descrição naturalista do corpo maternal reifica a maternidade e impede a análise de sua construção e variabilidade cultural. Mais do que uma causa primária, o corpo maternal é a produção de um discurso histórico, um efeito cultural (Butler, 1990, 1998).

Isto não significa a negação da existência de corpos com diferentes genitálias. No entanto, através de redes de significação e práticas sociais, cria-se discursivamente a importância dessa diferença e a "significação que lhe é atribuída enquanto reveladora, catalisadora da essência do ser e da identidade do indivíduo. *É o sexo que aparece enquanto efeito discursivo, dando forma e perfil ao feminino/masculino binário, pela atribuição de valores a certos detalhes anatômicos"* (Swain, 2000, p.60, grifos da autora).

Nesta concepção, a naturalidade dos corpos e da reprodução perpassa a formulação de postulados teóricos do parentesco, que não foi transcendida pelas antropólogas feministas que criticaram o sistema de troca de mulheres de Lévi-Strauss, ancorada na distinção natureza/cultura. Um exemplo disto, para Butler, é a formulação do sistema sexo/gênero de Rubin, definido como um "...conjunto de disposiciones por el que una sociedade transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas." (Rubin, 1986, p.34) A autora aponta, ainda, que tanto para Lévi-Strauss quanto para Rubin, o tabu do incesto impõe o objetivo social da exogamia e da aliança aos fatos biológicos do sexo e da procriação, tornando a proibição do incesto um "critério viável" para distinguir um processo natural de um cultural. No entanto, para Butler estas formulações se fundamentam na transformação do sexo (natural) em gênero (cultural), através de mecanismos estáveis da cultura: regras de troca de parentesco. Sua crítica está dirigida a uma conceitualização do sexo como entidade pré-existente, anterior à lei, o que implica ser cultural e politicamente indeterminado.

Se a noção de sexo como pré-discursivo é efeito da construção cultural designada pelo gênero, então a reprodução, concebida no domínio dos eventos naturais, também seria suscetível de

ser desvendada na sua interpretação cultural, que estabelece uma ordem através de mecanismos de regras de troca, de parentesco, direitos e deveres que se colocariam em evidência com as NTRc.

Assumir a naturalidade do desejo de reprodução seria desconhecer e ocultar as relações de poder pelas quais esse discurso é produzido, como discutido nos capítulos anteriores. Na perspectiva de Butler, o corpo maternal é efeito de um sistema de sexualidade no qual o corpo da fêmea é evocado para assumir a maternidade como uma essência de si e da lei do desejo (Butler, 1990).[6]

A autora visualiza, nas práticas *queer,* alternativas que oferecem pistas sobre como o significado do mundo sexual é constituído, colocando em evidência a possibilidade de práticas que podem ser construídas de modo diferente. O mais interessante desse enfoque, para efeitos desta pesquisa, é o postulado de que a desorganização e desagregação dos corpos ocasionam uma ruptura com a ficção reguladora de coerência heterossexual, frente ao qual o modelo perde sua força de descrição. O ideal regulador aparece exposto como norma e ficção, distinguindo-se, ele mesmo, como lei reguladora do campo sexual daquilo que se propõe descrever: "...atos e gestos, desejos articulados e promulgados criam a ilusão de um núcleo interior e organizado de gênero, uma ilusão discursivamente mantida pelos propósitos de regulação da sexualidade dentro de uma estrutura obrigatória de heterossexualidade reprodutiva." (Butler, 1990, p.136).

Segundo Butler, algumas produções performáticas divergem dos propósitos originais e inadvertidamente mobilizam as possibilidades dos sujeitos, expandindo os limites do que é culturalmente inteligível. A partir destes argumentos, postulamos que as NTRc, ao abrir um leque para a proliferação de diversas e inesperadas demandas de reprodução, possibilitariam a expansão dos limites do modelo de reprodução heterossexual e do que é culturalmente inteligível. Nesta linha de análise, se algumas tecnologias reprodutivas possibilitam práticas heterossexuais não reprodutivas (uso de contraceptivos), outras possibilitam a reprodução sem sexo ou sem relação (RA). Desse modo, provocar-se-ia o descolamento ou a autonomia dos dois termos da matriz (heterossexualidade e reprodução), abrindo o leque de alternativas ou ressignificando a norma cultural sexual.

Todavia, este enfoque teórico suscita algumas questões: as NTRc, desenvolvidas como mecanismos que possibilitam a realização do sonho reprodutivo heterossexual, estariam deixando brechas para o surgimento de demandas que ampliam ou implodem o modelo a partir do qual e para o qual foram desenvolvidas? Ou estaríamos num momento de crise do modelo explicativo da

[6] Identificamos em Strathern (1992) outra configuração interpretativa deste desejo que, no entanto, assimila-se a esta perspectiva na medida que o desejo é considerado como uma produção do *Enterprise Culture.*

heterossexualidade reprodutiva, uma vez que as NTRc introduziram outras formas de subjetivação e de sujeição?

Questões como o parentesco homossexual e as possibilidades de "liberdade" reprodutiva introduzidas pelas NTRs apresentariam um interessante cenário para analisar os processos sociais e simbólicos, que oferecem ao desejo de reprodução uma aparente produção natural. Parodiando o lugar que Butler atribui às práticas *queer*, as NTRc procuram se assemelhar a um modelo de reprodução tido como natural, original, mas sendo ele mesmo uma construção que se inscreve num modelo regulador de sexualidade[7].

Franklin (1993) também observa o potencial transgressor das NTRc, na medida em que ultrapassam os esforços para sua regulação e criam dilemas inexistentes, o que requer, de "novas concepções" derivadas do campo da RA, novas formas de criar sentido e novas estruturas para conter seu potencial transgressor. Um dos efeitos indicados pela autora está na desestabilização do conceito de *natureza.* A assistência à produção de novas pessoas desestabiliza o *status* axiomático do natural, que prevalece na compreensão cultural dos processos reprodutivos. A RA introduz uma nova ordem dos fatos que desestabiliza sua fundação. *Fatos naturais,* produzidos tecnologicamente, que criam formas de relação, que de outra forma seriam impossíveis, como acontece entre uma mãe substituta (*surrogate mother)* e a criança gestada por ela, com a que se estabelece um "vínculo de sangue", ainda que não exista vínculo genético.

A questão que perpassa o caso referido pelo Dr. Abdelmassih, o parecer do CREMESP e o uso da maternidade substituta, refere-se à inconstitucionalidade de negar a uma mulher, mesmo sem parceiro, o direito à maternidade. Além dos aspectos políticos e demográficos que legitimam a monoparentalidade do tipo mãe-filho, essa questão se sustenta também na visão do desejo maternal, esperado e desejável em qualquer mulher, independente de sua orientação sexual –*da* mulher como reprodutora da vida que mantém, ainda que parcialmente, o modelo de família consangüínea. A partilha de sangue ou de vínculo genético entre duas mulheres através de uma criança, só é possível, no país, quando esse processo é ativado pela incapacidade de uma delas para gestar e em ausência de um vínculo erótico-amoroso, como no caso da maternidade substituta e da troca de citoplasma ou núcleo[8].

---

[7] Para Strathern, esse modelo se refere àquilo que é culturalmente pensável dentro do modelo de relação que vincula intercurso sexual/concepção como sistema de criação de parentalidade, de sociabilidade.

[8] A maternidade por substituição é aceita no Brasil, desde que a doadora de útero pertença à família da doadora genética, com parentesco até o segundo grau. Os demais casos devem ser sujeitos a autorização do CFM. Na Consulta No. 43.765/01, ao CREMESP, sobre a transferência de embriões para uma terceira pessoa sem vínculo familiar, observam-se as seguintes apreciações críticas às normas do CFM: "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

O campo da RA não pode ser compreendido sem levar em consideração a fragmentação dos corpos. A RA, de fato, separa sexualidade e reprodução, *deserotizando e desnaturalizando* a procriação. Mesmo considerando a possibilidade do deslocamento dos corpos (sua totalidade), parece que o simbolismo hegemônico sobre seus fragmentos se mantém. Como observáramos no material empírico, o fato de algumas dessas tecnologias –como a clonagem– dispensarem o uso dos gametas dos dois sexos, parece constituir uma espécie de "afronta" à condição humana. O Dr. Roger, na teleconferência, explicou a fabricação de óvulos no laboratório como um processo que se diferencia da clonagem, na medida em que se "sexualiza" a célula somática, mediante a divisão do número de cromossomos, habilitando-a para o encontro com o espermatozóide. A reprodução, nesse contexto, pode prescindir dos corpos de homens e mulheres num ato sexual, mas não do sexo dos gametas. Parece ser menos relevante que sejam artificialmente fabricados do que a perda do caráter sexual.

Modelos subversivos ou compulsórios de sexualidade?

Pensar a RA, desde uma perspectiva de gênero, leva a considerar algumas questões sobre corpo e diferença sexual, especialmente a interpretação cultural dessa diferença para a organização social.

A tradição dos estudos sobre o corpo é bastante ampla e ancorada em diversos esquemas interpretativos, levando a conceitualizações diversas. De matéria imutável, entidade biológica, natural, fixa, o corpo também é considerado como uma entidade dinâmica, fluída, maleável, marcado por múltiplas formas de valoração.

Sem entrar na extensa discussão entre as diversas perspectivas[9], optamos por considerar o corpo não como uma entidade natural e estática e sim culturalmente maleável. Como observa Sharp (2000), o corpo, ao longo da história e em diversas culturas, é literalmente esculpido e transformado mediante processos que podem ser estéticos ou mutilantes. Pode ser fragmentado metafórica e literalmente através da linguagem, imagens visuais, reconstrução cirúrgica, remoção e substituição

---

procedimento. Certamente, esta limitação fere o princípio de 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 de beneficio da técnica."
O Conselheiro adverte sobre as conseqüências para a filiação da criança e a ausência de jurisprudência, "visto que esta questão é inexistente quando na reprodução por meios naturais", razão pela qual sugere a assinatura de um contrato, no qual se estabeleça a filiação e se explicite a proibição de compensação financeira, o consentimento esclarecido da doadora do útero acerca dois riscos, a impossibilidade de interrupção da gravidez, salvo no caso de anomalia genética, a garantia de acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares e, por último, a garantia de registro da criança pelos pais genéticos. (CREMESP).

[9] Ver os embates dessa discussão em Bordo (1992, 1993), Grosz (1994), Shildrick e Price (1999), Butler (1990, 1993), Bray & Colebrook (1998), Swain (2000), Nussbaum (1999).

de partes específicas. Essa flexibilidade do corpo também está ligada ao poder da biomedicina, não só como direcionadora de modelos alternativos de corpos, mas como estruturadora do mesmo, enquanto práticas disciplinantes e ideologias culturais que modelam sua materialidade e suas representações. A tecnologia pode servir para reforçar ou alterar fronteiras de categorias sexuais estabelecidas, adequando os corpos a padrões mais femininos ou mais masculinos vigentes em cada espaço e momento; ou criando ambigüidades, nas quais as atribuições de gênero se deslocam do referencial corporal.

A plasticidade do corpo e suas formas de incorporação podem ser um marco para analisar a fragmentação do processo reprodutivo mediante o uso da bio-tecnologia A ciência e a prática médica objetivaram e fragmentaram o corpo, expondo-o ao mundo da mercantilização. As partes, como óvulos e sêmen, apesar de terem sua procedência no anonimato, adquirem uma "identidade" em termos do valor atribuído a certas características como cor da pele, dos olhos, a estatura, o QI, etc. dos doadores.

Ao analisar o fenômeno da medicalização social, Foucault (1997) observou o desdobramento da função de cura da medicina para outra função política, de criação e transmissão de normas sobre o corpo, a saúde, o comportamento, etc., configurando o que o autor nomeia como biopolítica: processo através do qual se exerce o controle sobre a vida, mediante um conjunto de discursos e práticas que regulam o corpo dos indivíduos, a saúde, educação e bem-estar da população. Diferente à forma como esse biopoder atuava na monarquia, na sociedade de controle ele surge aparentemente benevolente, mas particularmente invasivo e efetivo.

A medicina responde ao desejo de ter filho. Ainda que a falta de descendência é redescrita em termos médicos, sua intervenção não se configura mais como processo de cura, senão como facilitador para atingir o sonho reprodutivo ou para constituir uma família. Assim, a intervenção médica atual sobre a infertilidade reforça o papel da medicina na construção de significados em torno da sexualidade e da prescrição de procriação.

Segundo Sawicki (1991), na perspectiva do feminismo foucaultiano, o surgimento das NTRc não é tomado, *a priori*, como produto de um desejo masculino para controlar os corpos das mulheres ou usurpar o lugar de procriação. O controle não é centralmente orquestrado, mas o campo social é configurado como uma rede de práticas e discursos entretecidos, nos quais os indivíduos e grupos ocupam posições de poder e resistência.

A situação atual da reprodução nos Estados Unidos, segundo a autora, é o resultado de micro-práticas, tensões, resistências e contra-resistências advindas de múltiplos discursos e práticas da medicina, legislação, agências de planejamento familiar, agências de proteção ao consumidor,

seguradoras, indústrias farmacêuticas, movimento de saúde das mulheres e políticas de bem-estar social, que influenciam as políticas reprodutivas e a construção social da maternidade.

Numa perspectiva similar à de Corrêa (2001a) no Brasil, Sawicki observa que as NTRc constituem o mais recente conjunto de discursos de uma tecnologia disciplinar do sexo, inicialmente desenvolvida e implementada pela burguesia, no final do Século das Luzes, como meio de consolidação de seu poder, melhoramento de si e maximização da vida –com uma visão altamente biologicista dos conceitos de pessoa, indivíduo e família. As tecnologias disciplinares não necessariamente são mecanismos de repressão, mas atuam mediante a produção de novos objetos e sujeitos de conhecimento, incitação de desejos, gerando e focalizando energias individuais e grupais e estabelecendo normas corporais e técnicas para a observação, monitoramento e controle dos movimentos corporais, processos e capacidades. As tecnologias disciplinares controlam o corpo através de técnicas que, simultaneamente, o fazem mais útil, mais poderoso e mais dócil.

As sofisticadas tecnologias de intervenção e diagnóstico não só pré-natal, mas também pré-implatacional, da RA criam novos objetos e sujeitos de intervenção médica, jurídica ou estatal. Para Sawicki, a divisão entre mãe genética, substitua e social, são figuras criadas pelas NTRc, decorrentes da fragmentação do processo reprodutivo, através do qual se indaga a "falha" que impede a geração de um filho. Paralela à definição da medicina sobre tipos específicos de anormalidade ou desvio, são construídas novas normas acerca do que é saudável e de responsabilidade materna. Ao focalizar o problema de infertilidade no indivíduo, também se desloca a atenção de fatores ambientais que poderiam causar a infertilidade, provocando sua despolitização.[10].

Sawicki observa, ainda, que essas tecnologias criam, de maneira simultânea, novos e possíveis lugares de resistência. A procura das NTRc, por parte de mulheres lésbicas e celibatárias, são demandas "inadequadas" que não se ajustam ao modelo inicialmente proposto de *tratamento*: *The question is not whether these women are victims of false consciousness insofar as they desire to be biological mothers, as much as it is one of devising feminist strategies in struggles over who defines women's needs and how they are satisfied.* (Sawicki, 1991, p.84).

Nesse sentido, as NTRc poderiam ser pensadas como Bulter considera as práticas *queer*, como se ocupassem um lugar de subversão, de paródia que ressignifica o modelo de sexualidade heterossexual e reprodutivo. A proposta de Sawicki, de pensar o campo social como um terreno de tensão, no qual convergem relações de poder mutáveis e instáveis e discursos ambíguos e

[10] Por exemplo, a infertilidade dos soldados que participaram na Guerra do Golfo (1991), ocasionada por armas químicas ou medicamentos usados para prevenir doenças transmitidas por insetos ou por envenenamento. Esse antecedente levou soldados norte-americanos a procurar bancos de sêmen antes de serem enviados a combate na invasão ao Iraque, em 2003 (*The Boston Globe,* 31/01/2003).

polivalentes, contribui para a análise da oferta e demanda dessas tecnologias, deixando de lado a perspectiva maniqueísta, que ora as toma como altamente subversivas, ora como controlistas.

De fato, as demandas reprodutivas de casais homossexuais, assim como de mulheres em condições celibatárias, traz novos elementos. Se por um lado a reprodução biológica aparece reforçada no contexto do modelo regulador de sexualidade heterossexual, por outro, ela extrapola o intuito inicial e passa a ser possível em outros contextos, antes impensavéis. A proliferação da demanda reprodutiva, especialmente homossexual, no modelo hetero-reprodutivo, abre brechas para mudanças inesperadas que se voltam contra o próprio modelo, extrapolando os propósitos iniciais. Em tese, produzir-se-ia também o deslocamento dos dois termos da matriz, expandindo o limite do culturalmente inteligível.

Quanto a ressignificação do campo reprodutivo, talvez a maior implicação esteja na ruptura entre sexualidade e reprodução. A sexualidade, na sua dimensão erótica, parece ter saído de cena no âmbito da RA. Pouco se fala da sexualidade dos casais que solicitam assistência à reprodução, a não ser nos casos de coito programado, em que esta é indicada e controlada pela equipe médica.

Contudo, se existe de fato uma ressignificação, pairam dúvidas sobre seu caráter subversivo. As NTRc substituem tecnologicamente uma função corporal. Como aponta Kirejczky (1993), a RA traz um novo paradigma no tratamento da infertilidade, dado que essas tecnologias não procuram restaurar uma deficiência do corpo. Elas são em si mesmas a função. Nestes processos, os corpos das mulheres parecem constituir extensões da tecnologia, como observamos nas entrevistas com usuárias realizadas por Franklin (1993) e Barbosa (1999). A medicina reprodutiva estimula o desejo, mas se apropria da função. Além de não reconstituir as funções corporais, gera a necessidade de maior assistência, criando um ciclo de dependência da tecnologia (Franklin 1993).

No caso de casais de lésbicas que desejam a maternidade partilhada através do vínculo de sangue, corporificada na criança, a dependência tecnológica torna-se ainda maior. O problema deste expansivo círculo de assistência tecnológica –pouco democrático na tomada de decisões, centralizada nas mãos dos *experts*– é a imposição de tratamentos e regimes altamente invasivos, que podem colocar em risco a saúde das pessoas envolvidas nesses processos.

Fora do padrão das páginas eletrônicas dos serviços de RA, a clínica Diason adverte às usuárias sobre os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos usados na RA: cefaléia, alterações de humor, ondas de calor, náuseas/vômito, diminuição da libido, fadiga, boca seca, secura vaginal, irritação da mucosa nasal, redução das mamas, dor muscular, prurido, dor abdominal, sangramento vaginal, hipersensibilidade severa (tosse, rash cutâneo, hipotensão), perda de cabelo, alterações visuais, aumento do volume ovariano, aumento de peso, tromboembolismo arterial, febre, tontura,

distúrbios psiquiátricos, prisão de ventre, câimbras, depressão, sonolência (Diason, Fertilização *in vitro*: Efeitos colaterais da medicação). Na síndrome de hiperestimulação ovariana, o crescimento exagerado dos ovários possibilita um extravasamento de líquidos para o abdômen, podendo ocasionar a morte. A clínica afirma que esses efeitos são rotineiramente bem tolerados e nunca foi motivo de cancelamento de algum ciclo, mas, ninguém pode afirmar a inocuidade desses medicamentos.

A centralidade das decisões no campo da RA, a ampliação do círculo de assistência tecnológica, além dos efeitos desses processos na saúde, configuram um panorama diferente às tentativas de inseminação artificial, praticadas por casais de lésbicas no espaço doméstico. É provável que esta última tenha um caráter mais subversivo, que se perde na apropriação dessa prática pela biomedicina, que a submete a suas próprias regras normativas e lógicas. Talvez as famílias fundadas no princípio da escolha, consideradas por Finkler (2001), sejam mais transformadoras de uma ordem compulsória, na medida em que abrem espaço para outras possibilidades que transcendem a obrigatoriedade do sangue.

Ao falarmos da apropriação desses modos de reprodução por parte da tecno-medicina, referimos uma forma de *domesticação* ou *tradicionalização,* por via da tecnologia, de novos arranjos sociais. As formas de reprodução "independentes", que dispensam o modo *natural* de reprodução e fogem ao modelo hegemônico *hetero-reprodutivo*, parecem ter se antecipado aos dispositivos disciplinantes. No entanto, a biotecnologia se arroga o controle de sua instrumentalização nos seus próprios termos. Através da RA, o repertório de definição dos termos tradicionais –em vínculos de sangue– se expande à descendência nos casos de alargamento do parentesco por escolha. Casais homossexuais ou pessoas celibatárias podem participar da escolha e gestação do próprio filho, desde que se situem nos velhos termos do parentesco e da família consangüínea. Como afirma Stone (2000), o desejo de maternidade partilhada preserva a noção cultural de parentesco consangüíneo como "real" e ideal; da biologia como fundamento do parentesco e da família. [11]

Uziel (1999, 2002) observa que no Brasil não há impedimentos jurídicos para a adoção de crianças por um homem sozinho, independentemente de sua orientação sexual. No entanto, inexiste a figura jurídica de casal de *gays.* No caso da RA poderíamos encontrar um paralelo. O limite para ter filhos biológicos não está na tecnologia, mas nas normas culturais. Uma mulher sozinha pode

[11] A propósito dos movimentos feministas nos Estados Unidos e das uniões homossexuais, Butler afirma que a luta pelos direitos está à procura de acesso aos existentes, mas não é radical, no sentido de procurar transformações sociais. Por exemplo, a luta pela legalização dos casamentos *gays* invisibiliza considerações sobre outros tipos de arranjos sexuais e de relações de parentesco (Michalik, 2001).

recorrer à RA, independentemente de sua orientação sexual. Não obstante, a maternidade partilhada, tecnicamente possível, encontra o limite na norma social. [12]

Em países como Estados Unidos, Canadá e Grã-Bretanha existem clínicas que oferecem RA ou serviços de doação de sêmen especificamente para casais homossexuais. O *site Man not included.com* e *Women's New Life Center*, com sede em Londres, auxiliam mulheres homossexuais e solteiras na busca de doadores de sêmen. O acesso a estes serviços, em fase de expansão a outros lugares do Reino Unido, requer o preenchimento de um formulário e pagamento *on line*, que oscila entre 80 e 240 libras, segundo o serviço desejado. Uma vez efetivado o pagamento, as usuárias têm acesso ao banco de dados, no qual podem escolher no máximo três doadores. "El processo está em marcha y el siguiente paso es establecer contacto, siempre a través de Internet, con una de las consejeras del sitio, quien se encarga de asesorar a la 'compradora"[13] (*El Clarín*, 30/09/2002).

Além dos aspectos mercadológicos desses serviços, chama a atenção a exclusão dos "homens", mas a inclusão de gays: "*Gay Men Included – MNI accept gay",* numa tentativa de abrir espaço para grupos excluídos. No entanto, aliado ao reforço da biologia como fundamento da família, as políticas identitárias entre os grupos excluídos, afirmadas e reforçadas, podem ampliar o círculo de intolerância, como parece afirmar o casal de mulheres surdas que desejam um filho surdo.

O discurso da RA no Brasil é construído em torno do casal heterossexual; ainda que se encontrem referências à "produção independente" de mulheres, possibilidade que não parece gerar polêmica. Nas entrevistas com profissionais do campo da RA exploramos a abertura de centros brasileiros para realizar esses procedimentos em mulheres sozinhas ou casais de lésbicas, assim como a escolha do sexo, que não foram negadas, tampouco afirmadas. Se essas possibilidades são factíveis nos serviços privados, elas não são divulgadas abertamente[14].

Retomando as possibilidades de desagregação dos corpos através das biotecnologias, a proposta da experiência de maternidade como entidade unificadora, natural, exclusivamente feminina, de autoras como Bordo (1993), torna-se problemática ao serem consideradas as possibilidades do campo da RA. As experiências de gravidez e aborto, segundo a autora, seriam

---

[12] Algumas discussões apelam para a norma/modelo sexual para limitar essa possibilidade, no entanto, a discussão deveria enfocar, também e prioritariamente, o campo da *responsabilidade* de criar/fabricar humanos, de transformar sua estrutura material mediante a engenharia genética.

[13] O *site Man not included.com* (MNI) não oferece muitas possibilidades de navegação, pois exige um cadastro para o qual é necessário efetuar o pagamento. Porém, oferece *links* com outros serviços, tais como o *shopping zone,* pacotes de seguro para os membros do MNI e programas de férias para casais homossexuais - Agradeço a Iara Beleli a informação sobre esse serviço.

[14] Ao solicitar informação numa clínica sobre como iniciar o processo de RA, a recepcionista falou da consulta inicial para avaliação do casal. Quando perguntei sobre a possibilidade de uma mulher sozinha realizar o processo, a recepcionista, de maneira muito gentil, disse que a norma é o casal, mas que toda norma tem suas exceções.

eventos profundamente vivenciados, uma incorporação distintiva e exclusiva da condição biológica das mulheres. Ainda que esse tipo de proposta vise recuperar o domínio feminino do campo reprodutivo, as NTRc também se apropriam do apelo à radicalização da condição mulher/reprodução na construção e reafirmação do desejo reprodutivo. Como afirmam alguns depoimentos a Collucci (2000), a experiência, não só de maternidade, mas de gravidez, torna-se fundamental para se sentirem mulheres plenas.

A proposta de Bordo também é pensada no marco das relações heterossexuais, excluindo algumas possibilidades que surgem com o uso da RA. No caso de doação temporária de útero, como esse processo é experimentado, quando a gravidez de uma mulher se desenvolve no corpo de outra (*surrogate mother)*? Em outras palavras, como se experimenta a "própria" maternidade, quando ela se desenvolve no corpo de outra mulher? No caso de embriões congelados é recorrente o fato de algumas mulheres se oporem a seu descarte ou doação, pois vêem neles "filhinhos" não nascidos, com os quais parecem manter uma ligação emocional, ainda que não corporal. Como o casal, particularmente as mulheres, "vivenciam" a gravidez, ainda que extra-corporal, transmitida dia-a-dia via internet? A fragmentação da reprodução proporciona diversas possibilidades de experiências subjetivas da maternidade tecnológica ainda inexploradas.

Corrêa (2003) introduz um outro complicador a esse debate, ao indicar o campo de intervenção da biotecnologia nos casos de "ambigüidade sexual" percebidas como defeito de nascimento (crianças inter-sexo) ou auto-definidas (cirurgias em transexuais adultos/as). Geralmente corpos masculinos são transformados em femininos, onde a reprodução ocupa um lugar ambíguo, dado que, na maioria das vezes, é impossível de ser atingida. Se a reprodução aparece privilegiada e domina o discurso das NTRc, ela se torna ambígua nesses casos. Em tal circunstancias, talvez há de se pensar em outros atributos para afirmar a condição de mulheres, transformadas tecnologicamente.

Our machines/our selves – As críticas feministas

O posicionamento das feministas frente à RA não é homogêneo. Segundo Diniz (2002), é possível identificar duas correntes teóricas extremas, embora seja comum encontrar diversos matizes nos diferentes enfoques. Uma primeira vertente, mais antiga, posiciona-se de forma resistente e crítica frente à medicina reprodutiva. Na perspectiva do chamado feminismo radical, as NTRc são vistas como ideologias patriarcais, concebidas como mecanismos de controle e opressão da sexualidade e corpo femininos, que confinam as mulheres ao papel de mães. Essas tecnologias constituiriam uma ameaça à autonomia das pessoas inférteis, comprometida no seu desejo de ter

filhos, colocando-as numa espécie de limbo social e moral, propício para serem exploradas pela ciência.

Outra vertente, advinda do feminismo liberal, é mais permissiva e otimista, uma vez que enxerga o desenvolvimento da medicina reprodutiva como uma conquista da luta pelos direitos sexuais e reprodutivos que, ao oferecer alternativas de escolha reprodutiva, são consideradas como propiciadoras do *empowerment* das mulheres.

Sawicki (1991) critica o modelo repressivo de poder do feminismo radical, e aponta que no caso de intervenção médica nem todas as práticas são coercitivas ou violentas. Para ela, as restrições políticas e cognitivas da lógica binária –de repressão ou liberação– surgem de uma visão monolítica do poder patriarcal, em termos essencialistas e totalitários, cuja conseqüência mais imediata seria a de destemporalizar os processos de mudança social, negando o presente e suas possibilidades.

Para superar estas dificuldades, a autora sugere pensar o campo social como uma arena de tensões entre múltiplos centros de poder e de resistência, que induzem a observar as diversas posições que as mulheres ocupam frente a essas tecnologias, assim como as diferentes interseções nas posições dos sujeitos que o constituem. No caso da RA, é necessário focalizar as mulheres em suas inserções sociais (trabalhadora, dona-de-casa, negra, branca, heterossexual, lésbica, etc.) e não só na sua relação com os médicos e a tecnologia. Segundo a autora, as diferenças entre as mulheres e as interseções sociais nas quais se situam nos habilita para apreender os significados e contradições associadas às transformações tecnológicas da reprodução.

Muitas das NTRc operam como mecanismos de controle, mediante a classificação e identificação de sujeitos. Ao desagregar os sujeitos nos seus diversos modos de subjetivação, surge uma interessante observação feita a partir da pesquisa desenvolvida por Rayna Rapp[15] *apud* Sawicki (1991), na qual afirma que se as mulheres brancas e de classe média são as mais "beneficiadas" com os avanços em medicina reprodutiva, elas também são mais vulneráveis a seus poderes de definição da maternidade, o que as torna agentes de controle de qualidade fetal. Rapp observou, por exemplo, que as interpretações e reações frente ao resultado positivo para Síndrome Down variam de acordo com a classe e o grupo étnico. As mulheres hispânicas mostram maior disposição para ter um filho com alguma limitação ou incapacidade do que as mulheres norte-americanas brancas de classe média.

Esta perspectiva é útil para compreender, no contexto brasileiro, amplamente desigual, a relação das mulheres e/ou casais de diferentes setores sociais com os serviços da tecno-medicina.

[15] Rapp, Rayna. Reproduction and gender hierarchy: amniocentesis in contemporary América. Paper apresentado no *International Symposium of the Wenner-Gren Fundation for Antropological Research,* January, 18/10/1987, Mijas, Espanha.

Essa relação mereceria uma análise não só em função do acesso que umas e outras têm a esses serviços, mas também o nível de investimento das/os usuárias/os em relação ao progresso e incorporação da tecnologia como valor. Como observa Almeida (2002), a produção antropológica brasileira, em diversos setores sociais, indica que família, trabalho e localidade constituem valores e pilares de uma concepção de mundo entre os grupos populares, diferente da "ética individualista" que poderia estar presente nas camadas médias.

Como dito anteriormente, as características das mulheres que consultam os serviços públicos de RA não corresponderiam ao perfil de usuárias/os de outros serviços do SUS, para as/os quais a solução à infertilidade poderia estar operando em termos sociais e não biotecnológicos. É provável que a ausência de setores mais desprovidos de recursos econômicos e os altos índices de abandono ao *tratamento* da infertilidade[16], além dos custos, estejam relacionados à falta de "tolerância" frente ao pouco êxito da RA. Cogitamos que as chances desse grupo tomar a RA como um estilo de vida –como sugere Franklin (1997) para as inglesas, e como poderíamos considerar para as brasileiras usuárias dos serviços privados– são pequenas. Apesar dessas considerações serem hipotéticas, chamamos a atenção para a incorporação do progresso tecnológico como valor que pode estar sendo significado de diversos modos, segundo a classe social.

Sawick, como Butler e Haraway, propõe políticas de coalizão. O feminismo, para a autora, não seria a única força de oposição ao desenvolvimento desenfreado e sem controle da medicina reprodutiva. Há outros movimentos que desafiam a organização e autoridade dentro das instituições de saúde. Nesse sentido, as políticas de unidade não se constroem na base de uma identidade natural das mulheres, mas sim sobre oposições comuns e afinidades com outras forças políticas. A participação demanda igual acesso aos serviços de cuidado à saúde, melhor informação e processos mais democráticos de desenvolvimento, desenho, implementação e regulação das novas tecnologias.

Uma análise posicionada somente na rejeição das NTRc, aponta a autora, não contribui para o agenciamento das mulheres, tampouco possibilita a realização de suas escolhas. A contribuição deve ser orientada a proporcionar análises que capacitem às mesmas para avaliar os riscos e benefícios individuais e sociais de suas escolhas, sem nostalgias de uma era mais natural da reprodução. Mesmo que se fale das NTRc como um todo, Sawick aponta que a análise desse campo deve considerar cada uma das técnicas do conjunto, evidenciando riscos ou possibilidades diferentes para as mulheres.

[16] Aproximadamente 10% dos casais selecionados para participar do programa na Unicamp desiste de iniciar um procedimento; 50% desiste de iniciar um segundo ciclo e apenas 30% realiza três ciclos. (Makuch, 2001).

As apreciações da autora, quanto a um posicionamento crítico frente à RA é instigante, porém de difícil implementação em todos os contextos. No caso do Brasil, parece haver uma regulação interna do campo da RA, com pouca participação pública de diferentes segmentos sociais. As críticas ao crescimento progressivo e entusiasta da RA no país e as implicações sociais e médicas para as pessoas submetidas a técnicas experimentais não parecem atingir o grande público. Apesar do campo reprodutivo ser uma reconhecida arena de luta e debate político para os grupos de mulheres, estes não são consultados. Na articulação entre ciência e medicina, os especialistas são chamados a sustentar as evidências das matérias publicadas, "monopolizando" a perspectiva crítica. Algumas vezes, a identificação de pontos fracos de alguns especialistas ou técnicas, de fato, acaba promovendo o nome de outros ou consolidando outras técnicas ou abordagens, numa dinâmica própria do campo científico cientifico, como identifica Bourdieu (1994a).

Nesta pesquisa, não negamos que a ausência involuntária de filhos seja um problema para muitos casais ou pessoas, nem que o uso das NTRc seja, em si mesmo, ruim. Entretanto, é necessário salientar que a solução médico-tecnológica à infertilidade parece tornar-se, cada vez mais, uma forma privilegiada e desejável de contornar essa questão, entre alguns setores sociais, eclipsando outras formas alternativas. Nesse sentido, observamos que um dos efeitos perversos do sonho reprodutivo propiciado pelas NTRc poderia ser o desprestígio da adoção de crianças, questão que se torna problemática em países como Brasil, onde, diferente dos países do chamado primeiro mundo, o número de crianças disponíveis para adoção continua alto.

Retomamos a questão inicial, acerca das possibilidades de ressignificação e subversão da RA, considerando uma apreciação de Baudrillard, que possivelmente nos remete a outras formas de formular o problema.

O material empírico desta pesquisa é reiterativo na configuração da ausência involuntária de filhos como resultado das transformações do mundo contemporâneo, entre elas, as mudanças na condição das mulheres, especialmente sua inserção no mercado de trabalho, e a liberdade sexual, resultantes, em grande parte, das lutas dos movimentos feministas. Nesse panorama, o sexo sem reprodução teria jogado um papel de grande importância, uma condição "libertadora" que permitiu a escalada social das mulheres. Atualmente, a RA nos coloca na era da reprodução sem sexo, cujas conseqüências devem ser pensadas como parte de um mesmo processo. No entanto, o descolamento dos termos da matriz hetero-reprodutiva de Butler parece perder, pelo menos neste contexto, um sentido subversivo.

Baudrillard aponta o paradoxo introduzido pela separação de sexo e reprodução. A exigência de interdição do sexo, na luta contra o assédio sexual e na prevenção do HIV/Aids, surgira com a liberação e a banalização da sexualidade. A função sexual estaria ameaçada pela sua

própria emancipação e realização. O medo do assédio e de contágio de HIV/Aids seria, para o autor, um mecanismo da espécie para "ressuscitar" a angústia da sexualidade. O sexo não seria mais do que uma seqüência sem desdobramentos e, a contracepção, antes pensada como transgressão de uma ordem, é redefinida no mundo atual, onde cada vez mais parece adquirir sentido a reprodução sem sexo. A sexualidade sem reprodução desemboca na reprodução sem sexualidade, "o que era liberdade de escolha torna-se simplesmente a crescente dominação do sistema através de todas as formas de geração *in vitro*." (Baudrillard, 1999, p.87)

O casal infértil

Em trabalho anterior (Ramírez-Gálvez, 1999) sobre a dinâmica de gênero em relação ao processo de aborto provocado, identificamos que as negociações em situações concretas de interrupção da gravidez são fundamentadas, em grande parte, pelo corpo reprodutivo. O fato da gravidez acontecer no corpo das mulheres, de um lado, proporciona a elas preeminências nas decisões, que devem ser acatadas pelos parceiros[17], de outro, as coloca no lugar de objeto, alvo principal de políticas de intervenção médica.

Na RA, se a infertilidade é recentemente construída como um problema do casal, o desenvolvimento tecnológico e suas intervenções continuam sendo realizados no corpo das mulheres. A definição contemporânea da infertilidade, que distribui eqüitativamente as causas entre homens e mulheres, paradoxalmente, parece ter acrescentado a carga delas no processo. Alguns especialistas parecem utilizar o discurso das *questões de gênero* esvaziado-o de seu conteúdo político. A realização das mulheres modernas que querem expandir os limites da natureza, para dar lugar a sua realização maternal, conjugal, financeira e profissional é uma retórica que justifica a necessidade dessas intervenções.

A procura de tecnologias que permitam criopreservar gametas parece ir nessa direção, ao tentar conciliar o mundo da mulher moderna –mas esquecida de ter filho[18]–, com as funções reprodutoras tradicionais. A campanha *Proteja sua fertilidade,* realizada pela Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva e a Clínica do Dr. Roger Abdelmassih, parece lembrar às mulheres seu "destino". O texto oferece dicas sobre como proteger a fertilidade, como *Garantir hoje seu filho de amanhã,* além de indicar critérios para testar a fertilidade e os sinais de alerta. Caso a infertilidade não seja um problema atual, deve ser prevenida mediante a adoção de comportamentos em relação ao sexo, cigarro, peso e idade, que garantam a chegada do futuro filho. A mulher, ainda que não

[17] O grupo pesquisado possui escolaridade universitária e acesso a serviços de aborto seguro.
[18] Como sugere uma curiosa charge, que mostra uma mulher chorosa e com a mão na cabeça, com o texto: *I can't believe it. I forgot to have children!,* publicada em McNeil (1993).

seja mãe, é instigada a presentear a "criança que ainda não nasceu" com o cuidado de sua fertilidade, como aparece na sedutora imagem da Figura 17.

Figura 17
Campanha Proteja sua Fertilidade. Tomada do *site* da Clínica Dr. Abdelmassih

Os depoimentos das mulheres submetidas à RA (Coluc ci, 2000, Barbosa, 1999) e o material de divulgação afirmam e reiteram a experiência de gravidez e maternidade como essenciais à "identidade" feminina. A ampla divulgação da RA parece revigorar a experiência reprodutiva em termos genéticos e biológicos. No entanto, a mulher, antes colocada num lugar central do processo reprodutivo, passa a ser agente passivo da habilitação tecnológica e médica.

A tecnologia possibilita a substituição de algumas funções corporais, tomando o lugar central do casal e, particularmente, da preeminência das mulheres no processo reprodutivo. Esse deslocamento não vai na direção de constituir um casal "igualitário", sendo mais uma questão retórica do discurso sobre RA. No fundo, o deslocamento sequer é produzido pela centralidade do embrião e do homem, como afirmam Novas e Salem (1995), mas pela tecnologia. As NTRc podem

provocar rupturas de modelos de reprodução, de sexualidade, de parentesco que, no entanto, são repostos em outros contextos.

Outro efeito perverso nesse universo, que afirma a "liberdade de escolha" e a suposta autonomia para determinar os processos reprodutivos, mediante a assistência tecnológica, é a perda de agenciamento. Na ampliação da rede de participantes na concepção assistida, o casal parece ser reduzido ao fornecimento de gametas, de matéria-prima para a transformação operada por outros.

Diversas autoras e pesquisadoras observam na RA meios que reforçam a subordinação das mulheres aos interesses dos homens. É discutível. Concordamos que a tecnologia, nesse campo de aplicação, constitui um cenário de deslocamentos onde se perde preeminência não só da autodeterminação das mulheres sobre seu corpo, mas também coloca em jogo a auto-determinação e a constituição do humano.

Criando parentesco

Na interpretação cultural da reprodução humana existem regras de filiação que definem o pertencimento de um sujeito a um grupo específico –seja a família ou o clã– e, por extensão, a definição de direitos e deveres. No Brasil, a paternidade está ligada ao cumprimento de obrigações, especialmente de ordem econômica, quando identificado um vínculo genético com a criança. "Não apenas a lei estipula, como nunca antes, obrigações do pai em relação aos filhos, hoje a ciência fornece meios para identificar esse pai e, assim, atribuir estas obrigações [constitucionais] a um indivíduo preciso." (Fonseca, 2001, p.16).

Segundo Franklin e Ragoné (1998), os modelos reprodutivos foram centrais nas origens da antropologia, dada a importância dessa análise para questões clássicas da disciplina como parentesco, procriação e sucessão. No século XIX, a compreensão dos "fatos da vida" e sua aplicação na definição da paternidade biológica foram tomadas como indicadores do nível de desenvolvimento cultural, assim como também ocuparam lugar central nas narrativas sobre estrutura social, conhecimento e crença, primitivismo e modernismo, religião e cosmologia. Para as autoras, uma genealogia da antropologia moderna poderia ser descrita através do conjunto de idéias e do lugar que as análises sobre a reprodução ocuparam nas teorizações.

No entanto, a compreensão das interpretações da reprodução humana nas diversas culturas foi estreitada por um corpo de conhecimento no qual o androcentrismo, o etnocentrismo e o determinismo biológico limitaram as análises. Essa perspectiva, presente não só na antropologia, mas também na produção sobre teoria social, relegou a reprodução ao domínio do natural ou biológico, como fatos anteriores ou separados do social. A tendência foi definir a reprodução como

uma entidade privada, doméstica, associada ao feminino, à maternidade e, finalmente, às mulheres (Franklin e Ragoné, 1998).

Segundo as autoras, alguns trabalhos recentes, contribuíram à reemergência da reprodução sexual na antropologia contemporânea[19]. Na década de 70, a antropologia feminista considerou a exclusão social das mulheres, explicada por posições culturalmente definidas para os sexos, em função da participação de cada um deles na reprodução. Foram criticados não só os modelos etnográficos, que produziam exclusão, como também o uso das dicotomias natureza/cultura; esferas jural/doméstica, público/privado e aquelas que produziam efeitos constrangedores sobre as teorizações de gênero, parentesco e reprodução.

No início dos anos 80, o feminismo desafiou afirmações biologicistas que estruturam várias análises das ciências sociais. Não obstante, lembram as autoras, as bases biológicas da reprodução são de difícil deslocamento. Duas décadas após essas discussões, a reprodução continua sendo pensada como um componente a-histórico da existência humana. A reprodução volta ao centro da análise com o surgimento de novas tecnológicas reprodutivas e genéticas, que colocaram em questão a naturalidade da reprodução, retirando seu caráter de um evento privado, pessoal, doméstico e meramente biológico. As NTRc suscitam debates nos campos da política, ciência, filosofia e nos domínios comercial e jurídico que desafiam a idéia da naturalidade da reprodução.

Se algumas autoras consideram essas tecnologias potencializadoras de desejos e capacidades humanas que provocariam mudanças culturais, outras negam seu caráter inédito, especialmente em campos de análise como o da filiação.

Quéré (1994) considera que os procedimentos de inseminação em mulheres celibatárias, a reprodução *post mortem*, e a maternidade substituta não são nenhuma novidade e cita relatos bíblicos como evidência. A esterilidade, assim como a busca de alternativas para sua solução seria assunto antigo e presente em todas as sociedades. Para a autora, o que temos hoje é o aperfeiçoamento dessas possibilidades com suportes técnicos. No entanto, considera que a tecnologia faz alarde de algumas originalidades que podem constituir ameaças à ordem de sucessão estabelecida entre os que nascem, engendram e morrem: "Por obra de sus hielos, el hijo es arrancado a la temporalidad." (Quéré, 1994, p.132).

Segundo Héritier, mesmo que a RA utilize diversas técnicas (excetuando a clonagem), inevitavelmente, se chega a uma única forma possível –a reprodução bissexuada: "...Las reglas que determinam la filiación (...) están todas ancoradas en lo que el cuerpo humano, y por tanto la natureza humana, tiene de más irreductível: la diferencia de sexos." (Héritier, 1996, p.252). A

[19] Ginsburg & Rapp (1991) oferecem um amplo panorama do estudo da reprodução na antropologia.

filiação segue a linha materna ou paterna, ou ambas, o que é aplicável, segundo a autora, a todas as sociedades uma vez que a reprodução esta ligada ao contato sexual.

De modo contrário a Héritier, algumas/ns autoras/es afirmam que as mudanças no âmbito social, ocasionadas pela introdução de tecnologias reprodutivas, atingiriam aspectos chaves da teoria de parentesco. Peletz (1995), ao analisar estudos de parentesco no século XX, afirma que as famílias homossexuais, assim como a RA, desafiam os postulados destas teorias e da antropologia como um todo.

Stolcke (1988) observa que a posição relativista de Héritier (na França) e de Riviére (na Inglaterra)[20], ao afirmarem que os problemas suscitados pelas NTRc não seriam tão surpreendentes como se diz, não explica nem justifica os motivos pelos quais a RA começou a ser desenvolvida no contexto ocidental, tampouco explora as reações provocadas por essas tecnologias em diferentes setores sociais.

Um dos aspectos centrais das implicações da RA nas teorias de parentesco está relacionado com a fragmentação do processo reprodutivo. Ragoné (1996) identifica três grandes rupturas na conceitualização ocidental de concepção, reprodução e *parentalidade*[21], como resultado da intervenção médico-técnica: 1) a separação entre sexo e reprodução, introduzida pelos métodos de anticoncepção; 2) a possibilidade da gravidez ocorrer sem intercurso sexual, mediante a FIV; 3) a fragmentação da unidade orgânica feto-mãe, em conseqüência dos avanços da medicina reprodutiva.

O que antes era pensado e vivenciado como um processo único e contínuo, agora pode ser fragmentado se considerarmos três momentos da reprodução: concepção, gestação e cuidado. O processo pode envolver, em cada uma desses momentos, diferentes pessoas com ou sem relação social ou genética. O repertório de causas e alternativas possíveis para diagnosticar e *tratar* a infertilidade é sintetizado por Stone (2000) no seguinte quadro:

[20] Riviére, P. Unscrambling parenthood: the Warnock Report. *Anthropology Today.* v.1, n.4, 1985, *Apud* Stolcke (1988).
[21] Adotamos o neologismo *parentalidade* para traduzir *parenhood.*

Quadro 2
NTRc: Doadores de óvulos, esperma e útero e os resultados genéticos

Problema	Doação de:			Técnica	Resultado genético
	óvulos	esperma	útero		
1. P fértil, M estéril, mas pode fazer a gestaçaõ	X			FIV	Filho: ½P
2. P fértil, M estéril e não pode fazer a gestação	X		X	IA	Filho: ½P
3. P fértil, M fértil, mas não pode fazer a gestação			X	FIV	Filho: ½P+ ½M
4. P estéril, M estéril, mas pode fazer a gestação	X	X		FIV	Filho: 0% de P e M
5. P estéril, M fértil e pode fazer a gestação		X		IA	Filho: ½M
6. P estéril, M fértil, mas não pode fazer a gestação		X	X	FIV	Filho: ½M

P=pai; M=mãe; FIV=fertilização *in vitro*; IA=inseminação artificial

A partir das possibilidades dispostas no quadro anterior, Snowden, *et al*[22], *Apud* Stone(2000) considera necessário alargar a definição de maternidade e paternidade, considerando as diferentes possibilidades que surgem com o desenvolvimento das tecnologias reprodutivas:

1. Mãe genética
2. Mãe gestante
3. Mãe social
4. Mãe completa
5. Mãe genética e gestante
6. Mãe genética e social
7. Mãe gestante e social
8. Pai genético
9. Pai social
10. Pai completo

[22] Snowden, Robert; Mitchell, G.D.; Snowden, E.M. *Artificial reproduction*. London: Allen and Unwin, 1983.

Para Snowden, uma pessoa poderia chegar a ter até cinco *parents* (1, 2, 3, 8 e 9). Se a adoção de crianças traz a diferença entre maternidade/paternidade biológica e social, no contexto da RA o processo biológico de reprodução é fragmentado em duas partes: concepção e gestação, que envolve exclusivamente o corpo das mulheres. O jogo de combinatórias para identificar mães e pais torna-se mais complexo ao se introduzir a possibilidade de fragmentação e criação de óvulos.

Novas ou velhas questões no plano do parentesco?

Voltando à afirmação de Héritier (1996) sobre o fato da fragmentação da reprodução não introduzir novas questões no plano da filiação, a autora menciona que todas as sociedades, desde sempre, têm procurado paliativos à esterilidade, dada a idéia bastante generalizada de transmitir o sangue, tributária da intenção de preservar a honra e a prosperidade dos indivíduos, as linhas de descendência e a sobrevivência dos antepassados. As soluções para o problema da esterilidade, nas sociedades ditas primitivas, são fundamentadas na estrutura social e no imaginário coletivo. Vejamos alguns exemplos proporcionados pela autora:

- Sociedades onde a esterilidade masculina não é reconhecida, para um homem sem descendência, são buscadas alternativas que parecem equivaler à inseminação com sêmen de doador. Entre os Samo, um homem estéril tem tantos filhos como suas esposas legítimas. Ou, ao descobrir a infertilidade do marido, a mulher procura, mediante acordo, um "marido secundário". Entre os Haya (na África oriental), o parceiro da primeira relação sexual depois do parto é designado como o pai do filho seguinte, permitindo às mulheres realizarem acordos com homens casados e sem descendência para serem anunciados como pai da criança ainda que o encontro sexual não aconteça. Héritier observa que estas situações se equivalem à inseminação por doação e à utilização do útero de aluguel por um homem ou um casal.
- A inseminação com sêmen de doador conhecido teria equivalência entre os Nuer. Uma mulher estéril passa a ser considerada homem. Na nova condição de irmão da mãe, acumula as cabeças de gado recebidas pelo casamento das filhas desta para pagar o dote e, conseqüentemente, ter uma esposa e descendência. A reprodução é garantida pela presença de um criado que, além dos trabalhos de pastoreio, deve servir sexualmente à esposa. Todos os filhos nascidos dessa relação serão do "marido"/mulher
- A presença de várias mães, para Héritier, equivalentes à fragmentação do processo reprodutivo, também é usual em diversas sociedades. Entre os Gonja, Kotokoli, Samo e Tupi-Kawahib, as mulheres criam filhos sem se importarem se são ou não delas. As estéreis ou as que perdem seus filhos mantêm sua função materna através dos filhos que elas criam.

- A inseminação *post-mortem* também teria equivalente numa forma de levirato –o irmão mais novo do falecido casa com a viúva e procria em nome de seu irmão morto. Outra modalidade desta instituição é o casamento fantasma entre os Nuer. Se um homem morre solteiro e sem descendência, um parente próximo pode dispor das cabeças de gado do falecido para o pagamento do dote e procriar no nome do morto.

Para a autora, estes exemplos evidenciam que todas as possibilidades que pensamos como novas são possíveis socialmente e têm sido experimentadas em sociedades concretas.

> *... sin el recurso a artificios técnicos que era imposible hacer realidad (extracción, congelación, manipulación fuera del cuerpo), el simple juego de reglas sociales y de representaciones particulares de la persona ha recurrido aquí o allá a la invención de situaciones originales que palían de hecho la esterilidad individual, aunque no tengan ese objetivo como finalidad: en efecto, la inseminación por un donante, la cesión de hijos, el negar la importancia de la paternidad o la maternidad fisiológica, la descendencia (si no el engendramiento) post mortem se practican en todas las sociedades consideradas como primitivas. El hijo no es concebido siempre obligatoriamente en el vientre de la "madre", y los progenitores pueden ser más de dos. Rechazamos, pues, la entera novedad en la historia de la humanidad.* (1996, p. 277).

Os exemplos proporcionados por Héritier resultam instigantes para a discussão de novas ou velhas questões no campo do parentesco. O fato de esses arranjos serem reportados em outros contextos sociais ou históricos seriam indicativos da falta de novidade *na história da humanidade.* Não faríamos jus à autora senão mencionarmos sua afirmação acerca da necessidade das diferentes opções paliativas para infertilidade serem fundamentadas na lei do grupo, para que funcionem como instituições inscritas na estrutura social e no imaginário coletivo. Apesar do interesse da autora ser a filiação no plano estrutural, e em função dessa necessidade contextual, consideramos problemático colocar todas estas variações do processo de reprodução, educação e atribuição de parentesco no mesmo balaio, sem considerar os sistemas sociais, normativos e simbólicos que possibilitam ou não sua existência.

Strathern (1992) afirma que as técnicas de RA introduzem mudanças substantivas no parentesco contemporâneo, fazendo com que velhos conceitos e idéias sobre o parentesco ocidental sejam revistos. A maneira como as mudanças neste campo são conceitualizadas e como as escolhas na RA são formuladas afetam nossas idéias sobre parentesco. Para a autora (1999), negar mudanças neste campo de estudos tem conseqüências políticas, na medida em que práticas mais radicais podem encontrar legitimação no argumento de que é possível fazer qualquer coisa, pois nada seria novo:

> *(...) Tomei a decisão teórica de pertencer a este segundo partido* [entre as pessoas que consideram que as NTRc introduzem mudanças]. *Primeiro, porque acho que ele é mais interessante, é mais estimulante, dá mais o que pensar. Segundo, e mais seriamente, por*

> *motivos políticos, pois a primeira reação –que não há nada de novo nas novas tecnologias, que sempre estivemos a fazer isso– deriva de uma ética profundamente conservadora, que na verdade encoraja as práticas mais radicais, já que as legitima mediante o argumento de que se pode fazer qualquer coisa, pois nada se estará fazendo de novo. A segunda reação,* (a de mudança) *(...) esta dizendo: esperem um minuto, paremos para pensar, o que estamos fazendo? (...) o que está acontecendo aqui?* (Strathern, 1999c, p.173).

O parentesco, na visão de Strathern (1992), é um fato social embasado em fatos naturais. Ter relações sexuais, transmitir ou partilhar genes e dar à luz são fatos considerados naturais, que fornecem bases para os fatos considerados sociais: relações entre casais, irmãos, pais/mães e filhos. As pessoas se reconhecem como parentes a partir de suas relações de consangüinidade ou afinidade. Isto é, como resultado da procriação ou de um projeto de procriação.

Mesmo no século XX, o natural chegou a significar o biológico, mas a introdução da tecnologia reprodutiva mostrou que a parentalidade biológica não reproduz totalmente o velho conceito de parentesco natural. A tecnologia reproduz a idéia, mas também introduz uma nova diferença, provocando transformações no que poderia ser considerado como natural. (Strathern, 1992).

Stone (2000) também afirma que a tecnologia reprodutiva, como tal, não é nova, dado que todas as culturas no mundo desenvolvem modos, efetivos ou não, de evitar ou assistir à concepção, mas as NTRc vão além. Atualmente, as tecnologias proporcionam conhecimentos sem precedentes e abrem novos espaços no processo reprodutivo, trazendo a necessidade de que tanto nos tribunais de justiça, como nas nossas mentes assumamos o desafio de reconstruir a maternidade e o parentesco. Pergunta-se, ainda, se não precisaríamos basear nossa definição de *mater* em critérios diferentes dos fatos biológicos.

No entanto, as NTRc não descartam as velhas idéias americanas sobre parentesco, ao contrário, preservam a noção de parentesco biológico como "real". Os casais de lésbicas que procuram, através da RA, ter filhos e se tornar uma família convencional são bons exemplos. Apesar do caráter novo da maternidade partilhada, Stone observa nesses arranjos a afirmação da biologia como fundamento do parentesco[23].

Finkler (2001) chama a atenção sobre um certo afrouxamento do parentesco consangüíneo nas sociedades complexas, particularmente na norte-americana, em função da tendência das pessoas escolherem seus parentes, priorizando os vínculos afetivos acima do sangue. O indivíduo moderno é caracterizado pela autonomia, independência e desvinculação dos laços de parentesco, que lhe permite constituir tipos de arranjos diferentes da família nuclear:

[23] No universo tecnológico, a afirmação de que as uniões homossexuais são estéreis por definição é desafiada pela possibilidade de uma mulher dar à luz um filho genético de sua parceira. Silver (1997) chama a atenção ao desafio que a Igreja Católica terá que enfrentar ao rejeitar a troca sexual entre pessoas do mesmo sexo com o argumento de ser uma relação infértil.

The postmodern family is characterized by uncertainty, insecurity, and doubt; its arrangements are diverse, fluid, and unresolved, openin g the way for any array of kinship relations. (…) The routinization of divorce and remarriage has generated diverse patterns of family structure and conceptualizations of its meaning. Along with other scholars, Stacey concludes that the traditional family is no longer a viable unit because it distorts the variety ok kinship possibilities that are not founded in blood bonds. Separations and divorces generate a diversity of new kin connections that are ever-changing and subject to negotiation. Today a family may be a group established more on the basis of choice than on the basis of biogenetic ties, including single-parent households and blended, adoptive, and gay families. (Finkler, p.237-38).

Nessa tendência, também analisada por Fonseca (2001), o parentesco de "escolha", baseado na afeição mútua, e o parentesco baseado nos "fatos imutáveis da biologia" são altamente valorizados. O primeiro legitima arranjos familiares anteriormente não aceitos e valoriza os parentes, uma vez que eles são escolhidos e não impostos pelo sangue. No entanto, tanto Finkler, como Fonseca observam que nas últimas décadas houve um recrudescimento das concepções biológicas de parentesco. Mesmo trilhando caminhos diferentes, as autoras chegam a conclusões similares: a tecnologia reprodutiva não só é produto da fixação genealógica, como também contribui para essa fixação. Ainda que a maioria das pessoas não tenha experiência direta com essas tecnologias, "...elas ocupam um lugar no imaginário do mundo ocidental. Assim, seja em Paris ou Porto Alegre, encontramos as mesmas crenças básicas quais sejam: juntamente com a afeição e a 'escolha', o parentesco é uma questão de sangue e 'destino" (Fonseca, 2001, p.8).

Finkler observa que a biomedicina, considerada uma das maiores instituições da vida moderna, define a família e o parentesco em termos tradicionais, indo na contra-mão das mudanças familiares contemporâneas. Quanto mais os processos sociais (dispersão geográfica associada com mobilidade social) tendem a distanciar as pessoas da família e do parentesco, mais a biomedicina tende a juntá-los na consangüinidade.

Ainda que os meios para "criar" parentesco tenham mudado, Stone afirma que a ênfase na família e nas bases biogenéticas do parentesco euro-americano permanece constante. Não obstante, a reprodução tecnológica, ao transcender o núcleo das relações heterossexuais, recontextualiza imagens e idéias do repertório do parentesco.

A noção de parentesco, no pensamento ocidental contemporâneo, é fundamentada e validada pelo conhecimento científico da biologia da reprodução. O interessante e novo é que esse processo, pensado como unitário e "natural" nesse contexto, pode ser fragmentado no plano corporal e não só no plano dos arranjos sociais. Identificar situações equivalentes em outras sociedades para afirmar que não há nada de novo, não leva a análise muito longe. O interessante para a análise é observar a ressignificação dentro de uma lógica e simbolismo do que é culturalmente possível num contexto determinado. É provável que esse abalo nas convenções

culturais seja o que mobilize o apelo por um debate ético, moral e jurídico sobre os limites do desenvolvimento tecnológico, especialmente no campo da reprodução. Como indicam Strathern (1992), Salem (1997) e Fonseca (2001), o parentesco biotecnológico traz a "dissolução do social" e talvez não seja em função da falta de relações (e parentes), mas do excesso.

> *Deve-se considerar que, ao mesmo tempo que o embrião está sendo fisicamente desatrelado do corpo feminino –e talvez justamente por isso–, ele está, de um ponto de vista social, sendo imerso em uma rede social mais complexa que outrora. Com feito, médicos, biólogos, e em alguns casos doadores de gametas –que hoje se encontram diretamente envolvidos na própria concepção do embrião–, freqüentemente disputam entre si a procedência para falar em seu nome. Longe, portanto, de "faltar" ao embrião um contexto, ele encontra-se –como que em consonância com seu estado suspenso de animação– em um espaço de limbo caracterizado, talvez, por um "excesso" de relações* (Salem, 1997, p.85-6, retirada ênfase do original).

Recriando relações

O caráter de indivíduo enquanto ser social só é atribuído ao sujeito a partir de sua inscrição no mundo das relações. A condição de ser humano único e completo é adquirida mediante a atribuição de uma identidade social, reconhecida por outros através da indicação de um nome que o inscreve num grupo (Héritier, 1996). O indivíduo não pode ser pensado em abstrato, ele existe somente em relação com Outro, sendo que esta é essência do social[24]

O campo jurídico também estabelece e regula o direito das pessoas à identidade. As regulamentações brasileiras acerca da RA estabelecem que o sigilo sobre o/a doador/a de gametas só pode ser quebrado em função do direito do filho de conhecer sua filiação, constituído como um direito à identidade que prima sobre o direito do doador ao anonimato. Nesse sentido, Héritier (1996) observa que um filho sem pai (uma produção independente) nega um direito fundamental àquele a quem se dará existência.

Uma questão de importância para a compreensão e organização dos eventos reprodutivos está relacionada com as trocas sexuais/eróticas e seu lugar no estabelecimento e delimitação das relações sociais, no contexto da sociedade ocidental contemporânea. Neste ponto, retomamos brevemente as formulações da Strathern (1995) sobre a polêmica do nascimento virgem ocorrida na Grã-Bretanha no início dos anos 90. A imprensa britânica chamou de "síndrome de nascimento virgem" os casos de mulheres que, sem ter tido relações sexuais, nem pretender tê-las, procuraram serviços de inseminação artificial.

[24] Salem (1997) realiza uma interessante discussão acerca do estatuto moral do embrião no contexto das NTRc, também desenvolvida na pesquisa de doutorado de Naara Luna sobre as concepções de pessoa e parentesco na RA. Os diversos desdobramentos desse debate extrapolam os objetivos desta pesquisa.

A autora analisou as implicações sociais da reprodução sem sexo neste debate. A relação entre o ato sexual e a concepção não é simplesmente técnica, uma vez que ela é essencial para as idéias euro-americanas de parentesco, pois a parentalidade é o resultado de uma união em que as partes são diferenciadas pelo gênero. A relação sexual entre os pais constitui o fundamento do amor conjugal, no qual se baseia o amor familiar. O sexo é o símbolo da naturalidade do relacionamento do par conjugal, do qual o filho é um resultado também considerado natural.

As relações sexuais no casamento têm uma importante função simbólica. Acredita-se que estimulam o amor entre os pais e, por sua vez, o amor destes pelos filhos. Ao destacar e extrapolar o significado relacional do intercurso sexual como símbolo da necessidade de relacionamentos, Strathern (1995) destaca a importância do sexo e não da heterossexualidade, pois no caso do nascimento virgem o que se configurava como problema era a recusa dessas mulheres a qualquer relação sexual.

O que estava subjacente nesse debate não era a necessidade do filho ter um pai, mas a evidência do intercurso sexual da mãe, uma vez que a relação mãe-filho em si não significa sociabilidade, função que é atribuída a uma terceira pessoa[25]. O genitor, na visão euro-americana, além da concepção também faz a mãe, pois prepara o corpo dela através do sexo:

> *Especulo que há aqui a sugestão de um papel sexual distinto para o gerador euro-americano não relacionado à concepção em si. Pareceria que não é a constituição do filho que está em questão apenas, mas a da mãe. Se assim é, o gerador homem num tal pensamento euro-americano não apenas faz o filho, sozinho ou na teoria duogenética pela parceria com a mãe: também faz a mãe.* (Strathern, 1995, p.324).

As NTRc possibilitam contornar as relações sexuais ao viabilizar a reprodução sem sexo. A análise da autora sugere outros desdobramentos ao observar que, embora a fecundação aconteça na ausência de coito entre receptores e doadores de gametas, a idéia do intercurso retorna numa relação metonímica com o embrião, que encarna a presença de uma relação sexual.

Poderíamos perguntar porque as sociedades ocidentais contemporâneas não fazem trocas reprodutivas entre casais sem a mediação da instituição médica, como a doação de sêmen *in vivo,* não anônima, realizada entre os Samo. Um homem estéril poderia solicitar a outro que insemine sua parceira através de relações sexuais. A mesma situação poderia ser aplicar no caso de mulheres estéreis.

Corrêa (2001), ao considerar o uso dessas técnicas em função da orientação sexual, afirma que os casais homossexuais são mais dependentes da medicina para se reproduzir do que os casais heterossexuais, uma vez que sem eles terem problemas que afetem sua fecundidade "fica fora de

[25] Está formulação é cara à psicanálise, na medida em que a presença da figura paterna introduz a ordem simbólica, que ordenaria e regularia o sentido de realidade social e cultural.

cogitação que um homem peça a outro, ou que uma mulher peça a outra que faça em seu lugar o que ele(a) *pode mas não quer* fazer: reproduzir-se por meio de relações sexuais com pessoas de sexo diferente do seu." (Corrêa, 2001, p.203, ênfase da autora). É freqüente ouvir em falas corriqueiras um certo estranhamento à renuncia ao coito –com objetivo procriativo e necessariamente heterossexual– por parte das pessoas que, sem apresentar problemas de fertilidade, recorrem à RA.

Todavia, interessa chamar a atenção sobre a "evitação" de relação onde houve reprodução, mas não sexo. Nessa situação, são identificadas formas de interdição do encontro entre os geradores de gametas, acionadas a través de vários dispositivos, entre eles, o anonimato. Salem analisa os aspectos subjacentes à *exigência* do anonimato do doador de esperma, entre os quais indica "... um perigo consubstanciado na pessoa do doador: é como se sua mera manifestação ou identificação fosse capaz de fazer aflorar envolvimentos emocionais intensos e dramáticos entre ele e a criança." (Salem, 1995,p.51, retirados os grifos do original). Inferimos que esse princípio garantiria, também, o distanciamento não só entre o doador e a criança, mas também entre o doador e a receptora. Para Salem, o fato da fecundação prescindir da relação sexual introduz um desvio, uma vez que o marido é deslocado pelo doador e pelo médico na sua função reprodutiva, ocupando o lugar de intruso na relação do casal.

Nos caso de doação de óvulos e especialmente de doação temporária de útero há, pelo menos, três pessoas envolvidas numa relação sem precedentes. Ragoné (1994, 1996) afirma que considerar que a motivação primária para os casais recorrerem à doação temporária de útero é a de ter um filho biologicamente aparentado seria uma perspectiva simplificadora, a não ser que se reconheça que a doação temporária de útero contradiz várias normas culturais, entre as quais a procriação fora do casamento. Nesses casos, é necessário ir além dos parâmetros que até agora tinham delimitado domínios específicos como reprodução e parentesco.

Os casais podem estar motivados pelo desejo de ter filho biologicamente relacionado, pelo menos, com um dos parceiros, mas o fato de que este objetivo possa ser atingido empregando os serviços "reprodutivos" de outra mulher introduz dilemas e ambigüidades que são resolvidos mediante várias estratégias. O pai deve encarar o fato de que outra mulher, com a qual nunca teve relação, poderia vir a ser a mãe de seu filho. A confusão do casal perante o lugar da doadora do útero na relação sublinha, segundo Ragoné, a centralidade simbólica do intercurso sexual e a procriação no parentesco americano, que simbolizam unidade e amor.

A relação do pai com a doadora, ainda que não sexual (coital), introduz o que, até recentemente, era a conseqüência de uma relação sexual: um filho. Nesse sentido, a relação entre pai e doadora pode ser considerada uma forma de adultério: "as pessoas pensam que eu fui à cama

com o pai. Elas pensam que eu cometi adultério." (Ragoné, 1996, p.359). Para dissipar esse fantasma, uma das estratégias usadas é minimizar o papel do marido, porque é sua relação com a doadora o que cria o espectro de adultério ou uma poliandria e poliginia temporária. A mãe adotiva (a esposa do pai, a mulher que criará o filho) tenta resolver a falta de vínculo genético com a criança através do que Ragoné chamou de "concepção mítica", para significar que seu desejo possibilitou o acordo de doação do útero: "Ann é meu bebê, ela foi concebida no meu coração antes do que no corpo de Lisa" (Ragoné, 1996, p.359).

Os serviços de *surrogate motherhood,* nos Estados Unidos, permitem que a mãe adotiva acompanhe a mãe doadora nos controles médicos e nas aulas de preparação para o parto. Também pode estar presente no momento do parto, assim como seu marido e o marido da doadora. Interpretamos que o fato de incentivar a proximidade entre as duas mulheres também deve ter como função garantir o distanciamento entre o marido e a doadora, uma vez que a gestação remete àquilo que o casal junta no intercurso: desejo, sexo, relação.

Partindo da premissa de que a reprodução não só cria seres humanos, mas também relações de parentesco, Edwards (1999) explorou, entre moradoras/es de uma pequena cidade britânica, opiniões e idéias em torno das implicações que elas/eles percebiam ao utilizar as NTRc. Mediante o jogo de analogias apontados por Strathern (1992), estas pessoas recorrem àquilo que já conhecem para ordenar e dar sentido às conseqüências que eles atribuem a uso da RA. Ao serem indagadas sobre situações de doação de óvulos de filha para mãe, de sêmen e óvulos entre irmã e irmão, a evocação do incesto é recorrente. No primeiro caso, foi considerado, com certa perplexidade, que o óvulo da filha seria *penetrado* pelo esperma de seu próprio pai. Na perspectiva de Edwards, a reação de perplexidade não é conseqüência da junção de gametas (*relationship*), mas sim a suposição de um comportamento sexual que explicita a existência de relação (*relatedness)* como fato anterior, inferido a partir da conexão dos gametas.[26]

No caso de doação de óvulos entre irmãs, as pessoas entrevistadas sugerem a criação de um vínculo de parentesco diferente entre a irmã doadora e seu cunhado, mediado pela concepção. Dá-se notoriedade ao fato de que um filho nasce, idealmente, dentro de uma relação de amor. Isto é, não só a junção dos gametas produz filhos, é necessária também uma relação entre os pais relação na qual as duas partes participam na criação do filho. O que aparece como óbvio é que os pais criam filhos, no entanto, o que é menos óbvio, mas não menos certo, é que os filhos criam os pais (Edwards, 1999, p.74).

[26] A autora distingue o conceito de *relationship* –relação através de substâncias partilhadas– do conceito de *relatedness* –relação através do comportamento esperado entre os parentes.

As idéias sobre este tipo de adultério tecnológico também podem ser analisadas, segundo Edwards, em termos de gênero, pois nesse contexto os homens seriam menos tolerantes à doação do que as mulheres, em função de serem mais possessivos nos seus relacionamentos sexuais.

Strathern também observa, na polêmica do nascimento virgem, a preocupação dos médicos acerca do lugar simbólico que eles ocupariam ao inseminar, com sêmen de doador, mulheres que não tinham sexo. Os médicos manifestaram um certo mal-estar em relação ao papel "quase sexual" a eles alocado: "As mulheres se apresentavam como virgens, mas os escrúpulos dos homens apontavam para mais que as questões técnicas que a virgindade tornava difíceis." (Strathern, 1995, p.323).

Entre os usuários do serviço de reprodução humana da Unicamp também foi identificada uma certa resistência para utilizar sêmen de doador, por essa prática ser relacionada com o adultério. A criança gerada com sêmen de doador seria o filho da esposa com outro homem. Hipoteticamente, os entrevistados preferiam optar pela adoção de crianças, uma vez que, em última instância, o filho adotado não seria filho de nenhum dos dois (Costa, 2001).

A figura do "adultério tecnológico ou de proveta" para caracterizar a RA não autorizada pelo marido, mesmo na ausência de intercurso sexual, faz parte do imaginário social. Para contornar esta situação é necessário criar mecanismos que passam pelo consentimento do marido para realizar qualquer procedimento de RA, pelo princípio do anonimato do doador e pela ênfase na participação da mulher cuja gravidez é desenvolvida no corpo de outra. Reiteramos que essas estratégias atuam na forma de interdição sexual entre os doadores do material genético.

Esses mecanismos devem ser compreendidos no contexto particular de modelos de regulação da sexualidade. É justamente por esta razão que as soluções à infertilidade não podem ser equiparadas *vis a vis*, uma vez que cada sociedade lida com convenções, modelos e aspectos simbólicos que permitem e validam certas soluções a esse problema. Possivelmente para a sociedade ocidental contemporânea, particularmente para os setores sociais dominantes, seja necessário um caminho muito mais longo e tortuoso de *inscrição corporal*, mediado pela bio-medicina, como forma de marcação e validação dos acordos realizados em outras sociedades sem tantos constrangimentos no plano social.

Para encerrar esta parte, fazemos alusão ao caso da francesa que gestou o filho do irmão, amplamente divulgado pela imprensa. Janine, uma mulher de 62 anos, recorreu a uma clínica de RA, nos Estados Unidos, após duas tentativas frustradas de RA e em conseqüência da proibição francesa de realizar estes procedimentos em mulheres na menopausa. A notícia "assustou" a sociedade, pelo fato dela ser a mãe do filho de seu irmão Robert. Com o esperma dele se

fecundaram os óvulos de uma doadora norte-americana, e os embriões foram implantados em Janine e na doadora, contratada também para fazer a doação temporária do útero.

As duas mulheres deram à luz duas crianças que, atualmente, moram com Janine, Robert e a mãe destes. A imprensa descreveu nos seguintes termos os vínculos entre as crianças, Janine e Robert: "Jeanine [mora] com o menino que gerou na qualidade de 'mãe de barriga', biologicamente seu sobrinho, cronologicamente seu neto, de nacionalidade francesa. Robert [mora] com a garotinha, filha de uma estranha, sobrinha da mãe de seu irmão gêmeo, americana por nascimento." *(Veja,* 27/06/01). Essa descrição releva o caráter esdrúxulo de vínculos de parentesco, fartamente explorados pela mídia.

No entanto, apesar de vários termos da reprodução, nesse caso, estarem embaralhados –categorias de idade, nação, parentesco– as manchetes das reportagens destacaram o fato de uma mulher gestar o filho de seu irmão: "Incesto de proveta" (*Veja,* 27/06/01*),* "Francesa de 62 diz que gestou bebê do irmão" (FSP, 21/06/01). O conteúdo das matérias enfatizou as implicações éticas e morais acerca da procedência do esperma; da tecnologia tirar "os leigos do prumo"; o susto e mal-estar causado pelo fato de envolver o tabu que interdita o sexo e, "acima de tudo", a procriação entre parentes, ainda que, tecnicamente, o caso não fosse considerado um incesto.

As matérias também destacaram os antecedentes familiares e as condições em que vivem os dois irmãos: Janine (62 anos) e Robert (52 anos) nunca se casaram e vivem com a mãe (80 anos). A mãe construiu uma respeitável fortuna, motivo de brigas entre os irmãos que já requereram intervenção da polícia. Robert, após três anos de tratamento contra depressão, tentou suicídio que lhe deixo uma paralisia facial. As autoridades francesas estariam investigando a família para determinar se esse seria um ambiente adequado para as crianças.

Observa-se a circunscrição do caso num contexto patológico para explicar um tipo de acontecimento que transgride as convenções sociais. Ainda que tecnicamente se afirme a inexistência do incesto, dado que não houve troca de material genético, o mal-estar é manifesto, em conseqüência das analogias e operadores culturais, através das quais se estabelece que se a relação sexual entre os pais cria filhos, em contrapartida, a existência de filho remete a sua origem na relação conjugal entre seus pais.

Desejo de filho

Os fundamentos da existência, proliferação e promoção de tecnologias reprodutivas são reiteradamente alocados no desejo de filho, dimensão colocada e interpretada de diversas maneiras por vários autores. A mais comum, manifestada por Silver (1997), aponta que o desejo de ter e criar um filho corresponde a uma força instintiva, que surge de um dos princípios da evolução. Além dos

genes controlar o desenvolvimento, a fisiologia e a estrutura de um ser vivo; existiriam os que controlam comportamentos e emoções que beneficiam a reprodução, como o desejo de ter relação sexual. Contudo, enfatiza o autor, o "desejo abstrato" de ter filhos é unicamente humano.

Segundo Silver, a capacidade de pensamento permitiu estabelecer uma relação de causalidade entre sexo e procriação, colocando em marcha uma etapa "evolutiva" da humanidade: o desejo dos casais verem mesclados seus genes nos filhos como máxima expressão do amor[27]. Observa, ainda, a existência de um atributo unicamente humano: a capacidade de contra-restar as pré-disposições naturais ou genéticas. Desse modo, os desejos reprodutivos poderiam ser rejeitados em favor de outros desejos, mas para a maioria das pessoas "el deseo de tener hijos es tan poderoso que sobrepasa a cualquier otra cosa que posiblemente quisieran tener durante toda su vida" (Silver, 1997, p.104).

A evolução humana não só determinaria o desejo de filho, mas também que ele seja do próprio material genético. Nessa linha de pensamento, a "intrusão" dos genes de um estranho numa criança poderia causar dor e ressentimento emocional, especialmente para o indivíduo cujos genes não são transmitidos. As entrevistas realizadas por Costa (2001), com um grupo de homens, no ambulatório de Reprodução Humana da Unicamp, evidenciam o valor atribuído à transmissão genética como elemento primário do vínculo entre pais e filhos.

> *Eu acho que o próprio ser humano acho que tem essa coisa de você ser paterno e materno. Um machão pode não querer ter filho, quer só mulher, mulher. Mas pode perceber que eles gostam de criança (...) Mas ele não quer admitir que quer, mas ele no fundo no fundo ele quer. Eu acho que isso já é do ser humano, eu acho que já é preparado para isso. (...) É porque você tem aquele negócio de você, que queira quer não, quer que o seu filho nasça com a sua cara, alguma coisinha você quer que ele nasça, pareça com você. Aí, de repente, é o sêmen de um que você nunca viu na vida, você não sabe como é.* (20 anos, colegial completo, 1 filha). (Costa, 2001, p.153).
>
> *(...) eu acho que toda pessoa que decidiu a casar eu acho que quer ter filho. Nenhum casal vai querer viver sozinho (...) Não conheço (nenhum casal que não queira ter filhos), nem nunca ouvi falar.* (30 anos, primário completo, sem filhos). (Costa, 2001, p.152).

A naturalidade do desejo de ter filho é recontextualizada por Silver (1997), ao abordar questões relativas à doação de gametas e de útero. O desejo *instintivo* que levaria a usar o útero de uma segunda mulher, ou à adoção de gametas, *desenvolveu-se* a partir da distinção entre um filho próprio e o de outro. O autor indica que pesquisas recentes mostram que o próprio *instinto* atua sobre a relação física entre mãe e filho. Uma mulher diabética, que carrega no seu útero um embrião

[27] O autor faz uma breve alusão a uma perspectiva das ciências sociais que considera a naturalidade do desejo de filhos uma construção social que, para ele, desconhece a evolução da humanidade e a contribuição da genética no comportamento (Silver, 1997, p.369).

gerado mediante doação do óvulo de outra mulher não diabética, poderia transmitir tal doença ao filho por proximidade e não por genes.

A importância do determinismo genético parece diminuir, ou é neutralizada, quando se torna possível *incorporar* –literalmente, fundir– no corpo de uma pessoa partes de outra, sejam gametas ou embriões. Silver narra o exemplo de um homem que nasceu sem testículos, por malformação congênita. As injeções de testosterona permitiram seu crescimento e desenvolvimento sexual, porém suas relações eram inférteis. Mediante micro-cirurgia, o transplante de um testículo de um irmão gêmeo fértil possibilitou a produção normal de espermatozóides. Em 1980, este homem teve filho mediante relação sexual. Silver aponta que a produção de esperma no testículo do homem infértil permitia considerar o filho como próprio. O parentesco entre pai e filho estava definido "instintivamente" pela causalidade entre *suas* relações sexuais, a gestação e o nascimento. Entretanto, afirma que o filho seria visto de forma diferente se o processo tivesse sido realizado mediante inseminação artificial ou FIV, usando o esperma doado pelo irmão.

Voltemos à questão do desejo de filhos. Em outra perspectiva, Héritier (1996) aponta que um filho não seria objeto de investimento afetivo do casal ou do indivíduo. O desejo de descendência estaria ligado à necessidade de cumprir um dever para si e para a coletividade. Dever, mais do que desejo, uma vez que casamento e procriação seriam obrigações que antecedem nossa existência. Nessa ótica, a esterilidade também resulta uma "desgraça biológica suprema".

Strathern (1992) aborda a questão do desejo reprodutivo no contexto de uma lógica de consumo, enunciada anteriormente. Ao analisar as discussões realizadas no Reino Unido, acerca da regulamentação das tecnologias produtoras de vida, a autora observa a proliferação de desejos formatados, como a constituição de famílias com filhos saudáveis e características socialmente valorizadas.

Vale a pena observar algumas narrativas para pensar a diversidade de desejos subjacentes na procura do filho. Em Stone (2000), assim como nas entrevistas realizadas por Collucci (2000) no Brasil, aparecem casos de mulheres que se submetem a repetidas tentativas falidas de RA, algumas delas motivadas pela procura de experimentar o processo de gravidez, parto e amamentação.

A RA não só está disponível ou é usada nos casos de esterilidade primária, mas aparece também como alternativa para repetir a experiência de maternidade em outros relacionamentos ou circunstâncias diferentes às vivenciadas anteriormente. Barbosa (1999), em pesquisa realizada no Brasil, apresenta o depoimento de uma mulher de 33 anos, negra, três filhos, com esterilização cirúrgica, que demandava o serviço de RA num hospital público em São Paulo:

> *Tenho três filhos do primeiro casamento, com 17, 14 e 12 anos; eu tive filhos com 15 anos, com 20 eu já tinha três filhos. Só que foi uma gravidez assim, sabe aquela gravidez que*

nem cachorro (...) A minha primeira filha é só minha filha, porque eu fui estuprada (...) Eu arrumei esse outro companheiro que começou a gostar de mim mais do que eu dele (...) Quando me conheceu ele tinha 35 anos, eu 16 e já tinha a minha filha, amiguei com ele e tive mais dois. Mas não é aquela coisa que eu queria (...) foi muito sofrido apanhava muito dele, muito estúpido, sofri muito (...) Casei de novo, falei que nunca mais ia gostar de ninguém, estava tão revoltada que não queria saber de nada, separei porque ele usava drogas, tanto que ele morreu de HIV em 89 (...) Agora casei de novo, e ele quer ter um filho e eu estou loca para ter um filho. A relação é legal, ele me trata bem (...) nossa meu maior sonho é esse. (Barbosa, 1999, p.170-3).

Chama a atenção, neste depoimento, a sua dimensão do desejo. A questão, nesse caso, não é só a de ter filho, mas também de poder vivenciar a experiência da maternidade em condições de relações conjugais valorizadas, nas quais "dar um filho" tem um sentido diferente, uma vez que o desejo estaria atrelado à dinâmica específica da relação com o parceiro, na qual o filho se faz necessário para a constituição do projeto familiar.

Por outro lado, também está presente a pressão social, embasada na valorização do laço biológico, perspectiva na qual os filhos da esposa (com um parceiro anterior) não necessariamente constituem autênticos filhos do marido da mãe. Costa aponta que homens com filhos adotados ou que criavam os filhos da esposa procuram os serviços de RA para ter "seu próprio filho". "Os filhos de outros homens podem ser cuidados e amados pelos entrevistados, mas são os filhos 'do próprio sangue' que fazem parte do projeto de família e de paternidade." (Costa, 2001, p.141).

A diversidade de motivações encontrados nesse universo mostra, em alguns casos, que além do desejo de ter um filho do "próprio sangue", existe o desejo de experimentar a gravidez, a maternidade/parternidade em condições particulares. Em outras palavras, a motivação não só estaria atrelada à preocupação por deixar descendência, mas também ao acesso a uma perspectiva mais romantizada dos filhos como máxima expressão do amor entre os cônjuges, isto é, à família como um valor.

Os diferentes casos remetem à construção social da maternidade nas sociedades ocidentais contemporâneas, e sua influência nas escolhas das mulheres, constrangimentos e experiências com a tecnologia reprodutiva. Nessa construção social, observa-se a centralidade da fertilidade para a identidade sexual das pessoas, a constituição da escolha como elemento de subjetividade e da biologia para a definição do parentesco.

Não é apropriado falar do desejo de filho biológico em um único sentido. Como aponta este trabalho, as tecnologias reprodutivas podem contornar a ausência involuntária de filho de diversas formas, relativizando o valor de cada uma das experiências ou componentes do processo reprodutivo. O desenvolvimento de tecnologias como a fabricação de óvulos no laboratório e a ICSI, parece orientado à consecução do filho a partir do material genético do casal ou pessoa que inicia a demanda reprodutiva. A tecno-medicina responderia, dessa forma, ao objetivo da RA, tal

como concebido por um dos especialistas durante o V Congresso: permitir ao casal infértil ter um único filho com sua carga genética. No entanto, a carga genética partilhada do casal deixa de ser prioritária quando a tecnologia falha nesse objetivo, que se desloca e privilegia as experiências de gravidez, parto e amamentação.

Dessa forma, o desejo de filho não se enquadra num único imperativo, tornando-se numa fonte inesgotável com múltiplas e inesperadas demandas, para justificar o uso de tecnologia de ponta para a produção da vida. Em última instância, como indica Silver (1997), os desejos surgem à medida que o desenvolvimento tecnológico possibilite sua realização.

A incorporação tecnológica. O caso da adoção de embriões

Observamos o papel da medicina na construção de modelos normativos de comportamento e sexualidade, na apropriação de arranjos sociais, levados ao plano corporal mediante a manipulação tecnológica de gametas e da desagregação dos corpos, que ressignificam certas experiências e conceitos. Há pouco tempo, o termo *adoção* era reservado e associado à adoção de crianças. Atualmente, como parte dos repertórios da tecnologia da vida, fala-se também de adoção de gametas e de embriões: "Cerca de 200 brasileiros foram adotados em forma de embrião nos últimos cinco anos." (*Veja*, 09/05/2001).

É possível considerar que, nos casos de doação de embriões, o casal ou a mulher receptor/a realiza uma adoção em termos similares à adoção de uma criança. Não obstante, o momento de adoção é, cada vez mais, antecipado no processo reprodutivo ou de geração humana. Não só é possível adotar crianças, como também embriões ou gametas. O *status* de criança ou de bebê dado aos embriões parece estar associado à força de a tecnologia, que permite visualizar e intervir nos estágios mais primários da reprodução. Às células microscópicas é atribuído um sentido na busca de realização do desejo:

> *Eles estavam dentro de um tubo de ensaio. Tudo o que se via era a gotinha cor-de-rosa do soro anticoagulante sobre os embriõezinhos. Eles estariam mofando num freezer se eu não os tivesse tirado de lá. Eu os alimentei dentro do meu útero durante nove meses. Eles não existiriam sem o meu corpo.* (Depoimento de uma médica, 48 anos, *Veja*, 09/05/2001).

Segundo psicólogas e assistentes sociais, que trabalham com adoção de crianças[28], os casais ou pessoas que demandam a adoção mostram interesse e curiosidade não só sobre o que é geneticamente transmitido de pais para filhos, mas também acerca do que a mãe biológica pode ter passado para a criança durante a gestação. Haveria um receio em relação ao desconhecimento dos eventos ocorridos durante a gravidez que, além dos genes, poderiam vir a estampar uma marca

[28] Entrevista coletiva realizada com psicólogas e assistentes sociais da Vara da Infância de Campinas (S.P), em 12/03/2002.

indelével nas característic as da criança. No final das contas, as características genéticas podem ser mapeadas, enquanto que a história da gravidez, os detalhes do vínculo afetivo da mãe biológica com a criança, fogem ao *screening* e domínio tecnológico.

Na Jornada de Psicologia e RA, a psicóloga de um serviço público de RA mencionou que as usuárias do programa de ovo-doação manifestam um forte desejo em relação à experiência física da gravidez e da amamentação, levando-as a optar pela adoção de gametas em lugar da adoção de crianças. A psicóloga indica que a experiência corporal da gravidez constitui um aspecto essencial da identidade feminina. Mas, sugerimos que a precocidade temporal, nesses casos particulares de adoção, cria ou simula uma condição de naturalidade da reprodução. O casal participa do início do processo e, a experiência corporal de gravidez permite a conexão ou troca de substâncias, exercendo uma espécie de mimeses. Esta seria uma forma mais radical da tendência observada nos serviços de adoção, de escolher crianças recém-nascidas e com biótipo similar ao dos pais adotantes. A chance de ter filhos com *a cara dos pais*– segundo Costa (1988), determinante para que a adoção "dê certo"– é maior com a adoção de embriões ou a doação de gametas, na medida em que possibilita a escolha dos "ingredientes" para compor um filho.

> *'Eu queria alguém de estatura média, morena e de olhos claros, como eu', diz. Filha de imigrantes, Mariana conta que sua família sempre valorizou muito a descendência sangüínea e, por isso, ela tentou 'de tudo' antes de optar pela doação de óvulo. Se a ovodoação der certo, Mariana poderá experimentar a gravidez e terá um filho geneticamente ligado ao seu marido e muito parecido com ela.* (Mulher brasileira que escolheu doadora de óvulos por catálogo, FSP, 26/09/99).

Um estudo realizado na França por uma equipe de psicanalistas indica que o aspecto genético[29] é esquecido nos casos de ovo-doação, em função das trocas relacionais e fisiológicas entre mãe e filho durante a gravidez. A experiência de parto, no caso de ovo-doação, selaria a convicção íntima e corporal de vínculo com a criança (Raoul-Duval A. et al[30], *apud* Corrêa, 2001a).

> *As pessoas que não conhecem a história de Maria Luiza dizem que o bebê é a cara da mãe. As semelhanças começaram a ser notadas ainda na maternidade, pelas enfermeiras. Maria Luiza diz que nem se lembra que o filho não é fruto do seu óvulo. Ao vê-lo sugar o peito com um apetite insaciável, ela acredita que os laços que os unem são muito fortes do que qualquer herança genética* (Collucci, 2000, p. 59).

---

[29] Na concepção ocidental sobre família e parentesco, sangue ou genes são considerados substâncias que determinam as características corporais, assim como o caráter. Para uma análise dessa determinação no parentesco brasileiro Cf. Abreu (1982). Os serviços de RA procuram compatibilizar as características étnicas, grupo sanguíneo, cor de olhos, cabelo, etc., com intuito de diminuir as diferenças entre pais e filhos ou como considera Salem (1997), uma forma de mimetização do biológico ou do genético.

[30] Raoul-Duval A. *et al.* Que sont ces enfants devenus: lês enfants des procréations médicalement assistées. *Médicine/Sciences,* n.9, p.745-51, 1993.

Abselmassih (1999) usa o termo *adoção biológica* para nomear a adoção de óvulos inseminados com sêmen do marido. Ainda que o óvulo não tenha as características genéticas da mãe, o autor considera que ela sustenta, com seu sangue e seu corpo, a formação e desenvolvimento do bebê que dará à luz.

A possibilidade de realizar uma adoção em etapas prévias ao nascimento diminui o tempo de exposição ou "socialização" do embrião/feto em outro contexto, o que redunda num imaginário de naturalização, de outra forma de naturalização, que consiste em tentar apagar ou domesticar as marcas de origem do/a doador/a. Essa tendência é validada por um tipo de discurso médico difundido pela mídia:

> *...Os médicos já sabem que o útero não é apenas um lugar para alojar o bebê por nove meses. Além de fornecer alimento e condições de desenvolvimento, o ambiente uterino funciona como antídoto para as aberrações que a genética pode produzir. Ao contrário do que a maioria supõe, o código genético não cuida sozinho do desenvolvimento do feto. É a troca de sangue com a mãe que ativa os genes do embrião e determina o momento exato de formar os órgãos e membros. Embriões sadios implantados no útero de mulheres diabéticas podem desenvolver a doença simplesmente por emulação da biologia materna.* (*Veja*, 09/05/2001).

O desprestigio tecnológico da adoção de crianças

Se a RA está se configurando como uma forma moderna e amplamente divulgada como meio de resolver a ausência involuntária de filhos, é conveniente perguntar o que acontece com a adoção de crianças ante o acelerado desenvolvimento biotecnológico na reprodução humana, que envolve a promessa de solução para os casos mais severos. Cogitamos que a ampla divulgação na mídia sobre o uso dessas tecnologias, o rápido crescimento de centros de RA, especialmente no estado de São Paulo, e a realização de campanhas para "popularizar o bebê de proveta" podem provocar alguns deslocamentos ou efeitos na adoção de crianças.

Possivelmente em relação a esse assunto, podamos encontrar algumas especificidades do campo da RA, no Brasil. O surgimento e a pesquisa em expansão da RA no contexto dos países ditos desenvolvidos está associado à diminuição da taxa de fecundidade, políticas de estado, promoção de serviços privados de saúde e a uma tradição de "importação" de crianças de países latino-americanos. Diante disso, fica a pergunta: quais as implicações da expansão desse campo num país como Brasil, onde o problema do abandono infantil está longe de ser resolvido? Como indica Veira (s/d)[31], a escassez de crianças não é um problema brasileiro que explique a preferência pelo uso da RA.

[31] Joice Vieira, desenvolve atualmente a pesquisa de mestrado *Adoção, símbolos e hierarquização social: (re)significando a consangüinidade,* junto ao IFCH/Unicamp. Esperamos que esse trabalho contribua à falta

O crescimento e consolidação desse campo no país apontam um cenário que desprestigia a adoção de crianças. As matérias publicadas na imprensa sobre RA fazem poucas referências a essa prática como uma possibilidade também desejável. De maneira contrária, os casais, cuja infertilidade ainda não pode ser resolvida pela tecnologia, são animados a continuar à espera do acelerado desenvolvimento tecnológico que, teoricamente, derrotaria todas as formas de infertilidade. O problema financeiro também é contornado, mediante as tentativas dos diferentes centros de colocar as NTRc ao alcance dos cidadãos menos privilegiados.

A adoção de crianças continua sendo uma alternativa para quem tentou, sem sucesso, vários procedimentos, no entanto, seu deslocamento é maior, a medida que surgem novas técnicas. Continua a ser um recurso para quem tentou, sem sucesso, várias técnicas, em várias ocasiões. Durante a II Jornada de Adoção e Prevenção do Abandono do Interior Paulista, Viera (s/d) verificou que uma boa parcela dos pais adotivos se submeteram a procedimentos de RA antes de optar pela adoção.

O material analisado nesta pesquisa atribui à biotecnologia a virtude de realizar o sonho reprodutivo. Entretanto, a adoção é vista como uma forma de aliviar "um pouco" a frustração de casais ou pessoas sem filhos, sem que os satisfaça plenamente. O *status* conferido a estas formas de contornar a infertilidade é diferente.

Nas entrevistas realizadas, a maioria dos especialistas em RA, quando indagados sobre a adoção de crianças face ao crescimento da RA no país, apresentam respostas rápidas e sem maiores elaborações. Alguns, especialmente atuantes em serviços privados, afirmaram que os casais querem tentar, até último momento, ter o filho deles, naturalizando, desse modo, o fato de recorrer às NTRc em várias ocasiões antes da adoção. Um destes profissionais coloca a questão no plano dos direitos: as tecnologias reprodutivas seriam uma opção e os casais teriam o direito de tentar um filho *próprio,* antes de optar pela adoção.

Um especialista do serviço público, que faz IA e FIV usando somente gametas do casal, considera que ir além dessas alternativas implica ser conivente com um desejo obsessivo de filho. Quando essas opções não têm êxito, os casais usuários desse serviço são orientados a fazer adoção de crianças, desiludidos de ficar tentando outras técnicas com poucas chances de êxito. O caminho da adoção, nesses casos, é considerado mais rápido e efetivo. Ainda assim, observa esse especialista, a adoção seria estigmatizada e os casais iniciam o *tratamento* com a expectativa de que com eles vai dar certo.

---

de pesquisas da perspectiva das ciências sociais na temática da adoção, abordada mais amplamente no campo de estudos do direito, psicologia e assistência social.

No panorama das possibilidades oferecidas pelas tecnologias reprodutivas, passa-se a considerar que, ainda que a adoção continue a ser uma alternativa, a criança, nesse caso, só é incorporada à nova família meses ou anos depois do seu nascimento. O casal perderia a participação na concepção, nos cuidados pré-natais e no parto, consideradas umas das vivências mais gratificantes.

Em função destas inquietações visitamos a Vara da Infância e da Juventude de Campinas, para entrevistar as psicólogas e assistentes sociais que trabalham com processos de adoção. Destacamos algumas reflexões que surgiram de maneira conjunta desse encontro. Mais do que uma entrevista coletiva com cinco profissionais, resultou ser uma troca de opiniões sobre a RA, pois elas estavam interessadas em "ouvir" as opiniões da pesquisadora.

As psicólogas e assistentes sociais manifestaram não ter percebido diminuição na demanda de casais por adoção e rejeitaram a perspectiva de realizar um paralelo entre RA e a adoção crianças, na medida em que as duas formas constituem alternativas para superar a ausência de filho. Elas consideram que são processos totalmente diferentes. E efetivamente o são. Enquanto que na adoção se procura uma família para uma criança, na RA se procura um filho para um casal. Essa inversão nos termos da procura coloca prioridades, valores e interesses diferenciados em cada uma das alternativas. As psicólogas e assistentes sociais, nesse campo, avaliam lares que possam proporcionar um espaço seguro e adequado para o crescimento e desenvolvimento da criança[32], o que implica avaliar a aceitação, das pessoas ou casais, do filho adotado, independentemente de suas características físicas ou mentais.

Os casais demandam, na sua maioria, crianças recém-nascidas e brancas ou no máximo pardas. Costa (1991), em trabalho sobre adoção em famílias de classe média, também identificou a mesma preferência. A "criança ótima", além de ser recém-nascida e de pele clara, é aquela da qual se conhece a procedência: vinda de uma mãe de "boa família, com bons valores morais, trabalhadora e honesta, ainda que pobre". Com essas exigências, há mais requerentes do que crianças disponíveis para adoção, o que determina alguns anos de espera para os casais. Ainda assim, as profissionais da Vara observam que a lentidão do processo traz uma certeza maior de que o filho vai chegar, diferente, para elas, dos *tratamentos* de RA.

Na opinião deste grupo, no contexto da RA haveria uma obsessão por ter um filho perfeito, ou mais próximo do ideal das pessoas, que deve ser satisfeito pela criança para ser aceita e efetivamente adotada em termos afetivos e psicológicos. Nesse contexto, a criança, por ela mesma, não seria o bem ou valor maior, se ela não se ajusta às expectativas de seus pais. Desse modo,

[32] Qualquer pessoa maior de 21 anos pode adotar uma criança, desde que a diferença de idade entre o/a adotante e a criança seja de no mínimo 16 anos. O casal ou a pessoa requerente deve passar por avaliação social e psicológica, segundo o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA).

segundo a visão dessas profissionais, a procura de filho mediante a RA atende às necessidades e desejos do casal e não da criança. Também questionam a "sanidade" do desejo de filho entre os casais ou pessoas que persistem obsessivamente em se submeter aos procedimentos de RA e, mesmo nos casos de sucesso, colocam em dúvida o futuro psicológico da criança concebida dessa maneira.

Indagamos entre elas, o contraste entre o "valor" atribuído a uma criança cedida para adoção e o "valor" atribuído ao filho gerado por RA que, no último caso, possivelmente seria acrescentado em função do custo econômico e emocional que teria sido investido na "caça do filho de ouro", como se conhece na psicologia a procura da gravidez a todo custo. De modo contrário, a criança cedida para adoção poderia ser "desvalorizada" em função da ausência de desejo ou da rejeição, que ocasionaria, em muitos casos, seu abandono. No entanto, a pesquisa de Fonseca (1995) indica que na dinâmica da "circulação de crianças", entre classes populares e média baixa, a cessão dos filhos pode estar associada não a ausência de desejo ou de vínculo afetivo, mas à busca de melhores perspectivas de vida para eles.

É interessante observar que entre as profissionais da Vara há também a tendência a desprestigiar a RA. Elas enfatizaram a importância psicológica das pessoas conhecerem sua origem. No caso de adoção, os pais adotantes recebem detalhes da história da criança para que lhe sejam transmitidos no decorrer da convivência, mas consideram que no caso da RA as pessoas não teriam a possibilidade de resgatar sua história, ao serem usados gametas doados anonimamente.

Em função do crescimento dos serviços de RA se concentrar no Estado de São Paulo, procuramos informação sobre os processos de adoção nesse Estado, através da Corregedoria Geral de Justiça e da Comissão Estadual Judiciária de Adoção Internacional (CEJAI/SP). Os dados obtidos indicam uma progressiva diminuição das adoções legais, como se observa no Quadro 3.

Essas estatísticas fazem parte do tipo de processos realizados pelo Fórum de Justiça. Os dados encontrados não oferecem mais discriminação da apresentada no Quadro 3: número de adoções concedidas para requerentes estrangeiros e nacionais, nas diferentes comarcas do Estado. A Comissão Estadual Judiciária de Adoção Internacional (CEJAI/SP) tem maior informação acerca da renda familiar e características das crianças desejadas por parte dos requerentes estrangeiros, no entanto consideramos essa informação irrelevante para nossos objetivos. Além do mais, os dados não estão sistematizados sobre os mesmos critérios o que dificulta qualquer análises.

Quadro 3
Adoções autorizadas pela Corregedoria Geral de Justiça – SP

Ano	Total de adoções	Estrangeiros	Nacionais	Publicado no DO* em
1994	7165	410	6755	Sem data
1995	6590	338	6252	Sem data
1996	6207	345	5862	Sem data
1997	5767	298	5469	Sem data
1998	5075	271	4894	04/05/99
1999	4760	174	4586	17/03/00
2000	4338	119	4219	28/02/01
2001	3555	96	3459	29/01/02

* Diário Oficial.
Fonte: Corregedoria Geral de Justiça e Comissão Estadual Judiciária de Adoção Internacional (CEJAI/SP).

Observa-se uma diminuição constante e progressiva no número de adoções concedidas legalmente: das 7.165 adoções autorizadas em 1994, passou-se para 3.555 em 2001, computando-se uma diminuição de 60% em sete anos. Procuramos, sem êxito, pesquisas que analisaram e explicaram tal tendência. Seria necessário relacionar estes dados com uma possível diminuição na taxa de nascimentos, número de crianças disponíveis para adoção, mudanças no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) que, segundo uma das informantes da Corregedoria, tornou o processo mais rigoroso.

A adoção de crianças é uma espécie de *interlocutor oculto* na discussão sobre RA, no entanto, é ignorada na maioria das pesquisas desenvolvidas no país sobre esse campo. Parece que a omitimos nas nossas análises da mesma forma que os especialistas em RA a ignoram como alternativa desejável para contornar a infertilidade. Dada a falta de informação acerca da adoção legal não podemos estabelecer nenhuma relação entre sua diminuição e o crescimento da RA. No entanto, esses dados merecem uma análise cuidadosa, tendo em mente, também, a existência da adoção à brasileira.

Para finalizar, apresentamos um caso que evidencia a diluição de responsabilidades frente à criança, em conseqüência da fragmentação do processo reprodutivo. Trata-se de uma menina declarada "sem pais" por um juiz do Tribunal Superior de Justiça de Califórnia. A criança nasceu, mediante FIV, usando gametas de doadores anônimos e a doação temporária de útero. O casal que "encomendou" a gravidez separou-se um mês antes do nascimento da criança. O pai recusou qualquer responsabilidade pela mesma, argumentando que nunca desejou ter um filho dessa maneira. Dado que a menina não tinha vínculo genético com o casal, nem com a mãe substituta, e que os pais biológicos eram anônimos, o juiz a declarou como uma criança sem pais. A mulher que iniciou o processo, que desejou a criança, de concepção mítica, para usar o termo de Ragoné, teria que entrar na justiça com processo de adoção (*Veja,* 04/02/98).

Assim, nesse quebra-cabeça, no qual gametas, útero e desejo correspondem a pessoas diferentes –juntando os cinco possíveis participantes de um ato reprodutivo, que aparecerem no Quadro 2–, a responsabilidade pela criança fica diluída, sem jurisprudência para identificar quem são os pais responsáveis pela mesma. Chama a atenção, também, a exoneração de responsabilidade da equipe médica, quanto à avaliação das condições nas quais são realizados esses procedimentos e de seus resultados, que nem sempre garantem a satisfação dos pais e, menos ainda, a segurança das crianças. Por outro lado, nesse caso específico, no qual não há vínculo genético, nem corporal com a criança, há que sublinhar a produção tecnológica de um bebê para ser adotado, onde a única diferença parece estar no componente da escolha (os gametas minuciosamente selecionados com características desejáveis) e de controle do processo.

Para fechar esta discussão, se há uma constante nos pontos aqui levantados, estes se referem à questão dos rearranjos que redefinem e embaralham os termos do velho debate natureza/cultura. Em consonância com algumas autoras citadas, observamos que as NTRc, mediante o uso de doação de gametas e da maternidade substituta, podem simultaneamente reforçar os dados do parentesco biológicos, assim como relativizá-los, colocando em evidência seu caráter de construção social. Ora se proclama a supremacia do social sobre o natural, ora o contrário. Essa questão é consensual entre as diferentes autoras: o social jamais pode ser reduzido ao biológico ou ao genético. Salem (1995) é cuidadosa ao afirmar que mesmo quando se enfatiza a verdade biológica nos arranjos humanos estamos no universo das escolhas culturais.

Considerar que as discussões atuais sobre o tema remetam a velhas polêmicas, não significa que não estejamos frente a questões novas. Um interessante exercício de análise é pensar como essas questões são ressignificadas no mundo contemporâneo, quais são, e como funcionam, os operadores culturais que trazem à tona questões pertencentes a outros repertórios, tornando o não comum em comum.

EPÍLOGO

O futuro é hoje

A cura, a reprodução, a morte, no geral, o controle sobre a vida tornou-se um domínio científico e não mais um assunto sagrado ou natural. A RA se configura como uma das mais recentes expressões de mudança cultural, através da qual, como afirma Rotania (2001), a objetivação do ser humano é realizada por ele próprio, mediante intervenção tecnológica, alterando ou modificando a estrutura material da espécie.

O sofisticado instrumental usado na produção da vida representa um extraordinário refinamento do desejo de domínio dos processos biológicos e corporais, através de sua dissecção ao nível molecular, da reversão do ciclo natural de finalização da maternidade na menopausa e, inclusive, da ruptura da reprodução sexual e sexuada. A RA se inscreve num projeto de domínio total da natureza, que se adequa às condições sociais e culturais contemporâneas. Como aponta Enzensberger (2001), a ciência, amalgamada à industria, chega a representar uma força que designa o futuro da humanidade, constituindo uma "terceira natureza" que visa recriar a espécie.

A nomeação dos bebês gerados mediante a transferência de citoplasma, nos Estados Unidos e no Brasil, como "bebês geneticamente modificados", "bebês transgênicos", "bebês com três pais", remete à criação de *entidades* inéditas, seres fabricados, híbridos de materiais orgânicos, corpos/máquinas, *naturalmente* inexistentes, que colocam a biotecnologia como condição *sine qua non* para sua existência. No geral, bebês da RA poderiam ser nomeados "bebês *cyborg*", no sentido de serem criados no limite do mundo natural e artificial (Haraway, 1995a):

> *The embryo is a cyborg entity; its coming into being is both organic and technological. Though it is fully human (for what else can it be?) it is born of science, inhabits the timeless ice land of liquid-nitrogen storage tanks… At once potential research material (scientific object), quasi-citizen (it has legal rights) and potential person (human subject), the embryo has a cyborg liminality in its contested location between science and nature.* (Franklin *apud* Stone, 2000, p.290) [1]

A figura do embrião, central neste campo, é simbolicamente sobredeterminado na junção de ciência e natureza, através do *progresso científico*, produto de uma lógica que incorpora valores tradicionais de consangüinidade e de hereditariedade, mas também produtor de *algo* que prenuncia

[1] Franklin, S. Postmodern procreation: a cultural account of assisted reproduction. In: Ginsburg, D.; Rapp, R. (eds.) *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction,* pp 323-345. Berkeley: University of California Press, 1995.

transformações decorrentes do poder gerativo do conhecimento e intervenção tecnológica, possibilitando, como indica Franklin (1997), que natureza e tecnologia sejam intercambiáveis.

Independente de ser contra ou a favor do desenvolvimento da biotecnologia, vários autores/as estão preocupados em analisar as transformações culturais, advindas deste desenvolvimento, no que se refere à nossa própria condição humana e social. Ironicamente, afirma Silva, são os processos de transformação do *corpo* humano que obrigam a repensar a *alma* humana, a indagar a natureza do que nos anima: "É no confronto com clones, ciborgues e outros híbridos tecnonaturais que a 'humanidade' de nossa subjetividade se vê colocada em questão." (Silva, 2000, p.12).

Haraway (1995a), crítica e entusiasta das transformações tecnológicas, assinala a ruptura de fronteiras entre o humano e o animal; entre organismos humano-animais e as máquinas; entre o físico e o não físico. O *cybor* nega uma origem nos termos da tradição do pensamento ocidental, porque traz também rupturas epistemológicas. A assistência tecnológica à natureza a redesenha ou a reinventa e, para alguns autores, coloca-nos diante de uma nova episteme, num processo de invenção da natureza e de naturalização da cultura, que aponta para uma redefinição do humano.

Como assinala Rabinow (1999), estaríamos imersos numa racionalidade pós-disciplinar que passa da sociobiologia, como cultura construída com base numa metáfora da natureza, à biossociabilidade, na qual a natureza será modelada na cultura, será conhecida e refeita através da técnica. A natureza finalmente se torna artificial, assim como a cultura se torna natural. Um novo tipo de auto-produção, no qual classificações culturais antigas serão re-arranjadas em novas classificações, sobrepondo, substituindo e talvez redefinindo categorias mais antigas.

> *Minha suposição é que a nova genética deverá remodelar a sociedade e a vida com uma força infinitamente maior do que a revolução na física jamais teve, porque será implantada em todo o tecido social por práticas médicas e uma série de outros discursos. A nova genética será portadora de suas próprias promessas e perigos. (...) No futuro, a nova genética deixará de ser uma metáfora biológica para a sociedade moderna, e se tornará uma rede de circulação de termos de identidades e lugares de restrição, em torno da qual e através da qual surgirá um tipo verdadeiramente novo de autoprodução: vamos chamá-lo de bio-sociabilidade. Se a sociobiologia é cultura construída com base numa metáfora da natureza, então na bio-sociabilidade a natureza será modelada na cultura compreendida como prática; ela será conhecida e refeita através da técnica, a natureza finalmente se tornará artificial, exatamente como a cultura se tornou natural.* (Rabinow, 1999, p.143).

A reflexão acerca do que constitui o humano ultrapassa os limites desta pesquisa, no entanto, podemos indicar as idéias de Deleuze (1987) ao retomar e avançar nos desenvolvimentos de Foucault sobre a passagem do pensamento clássico ao pensamento moderno, para identificar a passagem para o pensamento contemporâneo. Segundo o autor, para Foucault o Homem é definido por um composto de relações de força: forças no homem para imaginar, conceber, falar, lembrar,

querer, trabalhar, etc., transformadas de diversos modos no pensamento clássico, moderno e contemporâneo.

Para Deleuze, estaríamos num momento de passagem. As forças do homem entram em relação com novas forças de fora: o silício, na qual um número finito de componentes produz uma diversidade ilimitada de combinações[2]: "Es el hombre cargado de rocas o de lo inorgánico (allí donde reina el silício) (...) es el advenimiento de uma nueva forma, ni Dios ni el hombre, de la que cabe esperar que no sea peor que las dos precedentes." (Deleuze, 1987, p.170). A combinação de forças contemporâneas parece concentrar a máxima potência atingida pelos processos de saber, de poder e de subjetivação. A potência atual para articular e fazer junções infinitas entre forças presentes no homem e os mais variados mini-conjuntos do seu universo ambiente não tem precedentes na história da humanidade.

Algumas das inquietações manifestadas durante o V congresso, especialmente pela geneticista, a respeito da junção entre genética e reprodução, orientam à preocupação pelos limites da intervenção tecnológica na reprodução humana. O crescimento acelerado de tecnologias parece não encontrar oposição nos sistemas ético-jurídicos atuais, provavelmente pelo temor de ficar atrás no encontro com o futuro. Se existe alguma certeza nesse campo, ela está na perda de limites entre clínicas e laboratórios e na diluição de responsabilidades pela transformação da sociedade em laboratório. Como indica Beck (1998), usando os termos de Hannah Arendt, lidamos com a "dominação de ninguém", para indicar a forma mais tirânica de dominação.

[2] Basta pensar na diversidade e no acelerado desenvolvimento de tecnologias em RA, que permitem o diagnóstico e intervenção da infertilidade, não mais de homens e mulheres como organismos totais, mas da infertilidade produzida pelo envelhecimento do óvulo ou pela distribuição dos cromossomos no interior do óvulo. O nível esmiuçador dessas tecnologias pode levar a infinitas possibilidades, que geram infinitos desejos.

Assited Hatching
Nos óvulos de mulheres acima de 38 anos a zona pelúcida, camada que envolve o óvulo, está endurecida, dificultando a entrada do espermatozóide. Nesse caso, um pequeno furo é feito com solução ácida, agulha ou laser para facilitar a passagem do espermatozóide. Tal ruptura é necessária para a fixação do embrião no útero. Os embriões criados em laboratório têm a membrana externa mais grossa que a dos gerados de forma natural.

CFM: Conselho Federal de Medicina.

Clonagem
A clonagem consiste no esvaziamento do conteúdo genético de um óvulo não fertilizado, injetado com uma célula somática (de qualquer parte do corpo) extraída de outra ou da mesma pessoa. O óvulo, assim reprogramado, inicia seu processo de divisão celular, com uma carga genética igual à pessoa de quem se tomou a célula somática. Essas células iniciais, chamadas de células T, células tronco ou células mãe são indiferenciadas podendo ser usadas para produzir qualquer tipo de tecido do corpo humano. Esse seria seu uso terapêutico. Se o óvulo, após ser "fertilizado" com uma célula somática, for implantado num útero, teoricamente, poderá continuar seu desenvolvimento para gerar um ser humano vivo, idêntico à pessoa que doou a célula somática.

Coito programado
Acompanhamento do crescimento folicular por ultra-sonografia e indicação de relações sexuais no momento ovulatório.

Congelamento de tecido ovariano
Um pedaço do tecido ovariano com folículos (óvulos imaturos) é congelado para preservar a idade reprodutiva da mulher. Desse modo, uma mulher que congele seu tecido aos 20 anos poderá ter um filho aos 50, com um óvulo 30 anos mais novo. Técnica ainda em experimentação, mas considerada por alguns especialistas como uma promessa que permitirá às mulheres adiarem com maior tranqüilidade sua gravidez ou garantir a fertilidade das que devem se submeter a tratamentos esterilizantes como quimio e radioterapia.

CREMESP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Criação ou fabricação de óvulos
Consiste na criação de um óvulo artificial a partir da transformação de uma célula qualquer do corpo (com 46 cromossomos) em uma célula reprodutiva (com 23 cromossomos). O núcleo genético do óvulo doente é substituído pelos cromossomos da célula comum. Mediante uma descarga elétrica se produz a divisão da cadeia de 46 cromossomos em duas de 23. Uma dessas cadeias é retirada.

Criopreservação ou crioconservação
Método para preservação de espermatozóides, pré-embriões ou outro material orgânico, mediante sua conservação em nitrogênio líquido a baixa temperatura (−196 ^{o}C). As células são protegidas dos danos ocasionados pelo congelamento e posterior aquecimento, mediante substancias chamadas crioprotetores. O congelamento de sêmen é preferencialmente manual, e o de pré-embriões, por congeladores computadorizados. Não existe limite biológico conhecido para a duração da

conservação de um embrião. Teoricamente pode ser conservado por dezenas de anos. Os embriões criopreservados podem ser devolvidos para o casal que produziu os gametas, doados para experimentação ou para outra mulher em caráter de ovo-doação.

Doação de óvulos
O óvulo de uma mulher sadia é fecundado *in vitro,* com o espermatozóide do marido da mulher estéril e posteriormente implantado no útero desta última. A técnica é recomendada para mulheres que produzem óvulos debilitados ou fracos ou não os produzem mais. Existem vários serviços de RA que tem programa de doação de óvulos no Brasil, do tipo troca de óvulos pelo pagamento do tratamento da doadora. Nos Estados Unidos são oferecidos óvulos mediante a internet, cujos preços dependem das características da doadora: cor, contextura física, nível intelectual, etc.

Doação temporária do útero, maternidade substitua, útero de alugue ou *surrogate mother*
Usada por mulheres que tem algum impedimento de fazer ou levar uma gestação até o momento de parto. Nesses casos, um óvulo (da mulher que doa o útero ou da outra mulher com problema para gestar) fecundado *in vitro*, com o sêmen do marido da mãe adotiva ou de um doador, é implantado no útero da mulher doadora.

FEBRASGO: Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

FIV: Fertilização ou Fecundação *in vitro*
Técnica que resultou no primeiro bebê de proveta (1978). Consiste em permitir o encontro entre óvulo e espermatozóide fora do corpo da mulher. O sêmen é obtido mediante masturbação e o óvulo mediante um procedimento bem mais complexo: o ovário é hiper-estimulado mediante o uso de medicamentos hormonais para produzir o desenvolvimento folicular e a produção de mais do que um óvulo. O crescimento e amadurecimento são acompanhados mediante ultra-som e os óvulos são extraídos do corpo da mulher mediante punção guiada por ultra-sonografia endovaginal. Uma agulha é introduzida em cada um dos folículos maduros e seu conteúdo é aspirado. A agulha chega ao folículo através do fundo da cavidade vaginal ou pela uretra.
São selecionados os óvulos e espermatozóides de melhor qualidade e colocados em um meio de cultura, fora do corpo, para que aconteça a fecundação. Após 24 ou 48 horas, os pré-embriões formados contendo 4 a 8 células, são transferidos para a cavidade uterina. Normalmente cada óvulo é inseminado com cerca de 100.000 espermatozóides móveis.

GIFT: Gamete Intra-Fallopian Transfer
Técnica de RA em que espermatozóides processados e os oócitos colhidos anteriormente por aspiração transvaginal são transferidos diretamente para as trompas por laparoscopia. A fecundação ocorre *in vivo.*

IA: Inseminação Artificial
Técnica considerada de baixa complexidade e das mais antigas e simples. Consiste no depósito do sêmen ou espermatozóides diretamente no aparelho genital feminino, mediante o uso de uma cânula ou sonda. O sêmen pode ser colocado na vagina, no colo uterino ou dentro do útero. A IA pode ser homóloga (quando usado o sêmen do parceiro da mulher) ou heteróloga (quando é usado o sêmen de um doador anônimo). Nesta técnica, a fecundação acontece dentro do corpo da mulher.

ICSI: Intracytoplasmic Sperm Injection
A ICSI surgiu como uma alternativa para infertilidade masculina, bem seja por baixa contagem de espermatozóides, anomalias de mobilidade ou por ausência de espermatozóides. No último caso, uma célula precursora do espermatozóide (o espermátide) é usada. Os espermatozóides ou célula espermátide são colocados num meio de cultura. Um deles é injetado diretamente no citoplasma do

óvulo, mediante o uso de micro-manipuladores. Após a fecundação, os pré-embriões são transferidos para a cavidade uterina. Esta técnica requer necessariamente os passos descritos na FIV para coletar os óvulos. A ICSI, diretamente experimentada em humanos, foi criada em 1992, e desde 1993 está disponível no Brasil.

Maturação de tecidos ovarianos
Técnica em experimentação que procura obter óvulos frescos a partir de fragmentos congelados de tecido ovariano.

Maturação em laboratório de gametas masculinos
Do sêmen e/ou dos testículos de homens sem espermatozóides, resgatam-se as espermátides, células precursoras dos espermatozóides, para madurá-las artificialmente no laboratório com a finalidade de injetá-las no óvulo mediante ICSI.

Micromanipulação
Conjunto de técnicas de laboratório para a manipulação de espermatozóides, óvulos e pré-embriões, utilizando microscópio óptico, micropipetas e microagulhas.

NTRc: Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas
Termo que engloba o conjunto de técnicas para obter uma gravidez sem relação sexual

Oócito
Gameta feminino. Mesmo que óvulo.

PGD: Diagnóstico genético pré-implantacional ou biópsia do embrião
Uma única célula é retirada do pré-embrião, na fase em que tem entre seis e oito células. A célula retirada é examinada para checar a existência de anomalias nos cromossomos.

Pré-embrião
Fase do produto da concepção em que já ocorrem divisões celulares, até a implantação uterina.

Procesamento do sêmen
Técnicas laboratoriais que removem o plasma seminal e procuram isolar espermatozóides móveis, separando-os dos outros constituintes celulares.

RA: Reprodução Assistida
Mesmo que NTRc.

RED: Red Latinoamericana de Reproducción Asistida.

Redução embrionária ou fetal
Eliminação de um ou mais embriões implantados no útero da mulher, com o objetivo de aumentar as chances de sobrevivência de outros embriões e diminuir os riscos maternos e para os bebês, associados à multiparidade.

RLA: Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida.

SBRA: Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida.

SBRH: Sociedade Brasileira de Reprodução Humana.

Transferência de citoplasma
Entre 10 a 20% do citoplasma do óvulo de uma mulher jovem é transferido para o óvulo de uma mulher mais velha, com a finalidade de rejuvenescer o mesmo e obter embriões de melhor qualidade e com maior possibilidade de implantação no útero.

Transferência de núcleo
O núcleo de um óvulo fraco ou defeituoso é transferido para o óvulo de uma doadora saudável, cujo material genético foi removido previamente (enucleado). A técnica é proibida em muitos países, por temor a que vestígios do núcleo original possam ocasionar anomalias. Todo o citoplasma da doadora é utilizado, desse modo todo o DNA mitocondrial é incorporado.

ZIFT: zygote intra-fallopian transfer
A fecundação é realizada *in vitro* e o óvulo fecundado, ainda não dividido, é transferido para as trompas.

BIBLIOGRAFIA

ABDELMASSIH, Roger. *Tudo por um bebê.* São Paulo: Globo, 1999. 2da edição.

ABREU FILHO, Ovídio. *Parentesco e identidade social.* Anuário antropológico/80. Fortaleza-Rio de Janeiro: Edições Universidade Federal do Ceará e Tempo Brasileiro, p.95-118, 1982.

ABREU, Domingos. *No Bico da Cegonha:* Histórias de adoção e de adoção internacional no Brasil. Rio de Janeiro. Ed. Relume Dumará: Núcleo de Antropologia de Política. 2002.

ACOSTA, Aníbal. Editorial. *Reproducción Humana.* v.1, n.2, Noviembre, 2001.

ALMEIDA, Heloisa Buarque. *Muitas mais coisas:* telenovela, consumo e gênero. Campinas, 2001. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas.

ALMEIDA, Paula Camboim. Gravidez na adolescência em grupos populares urbanos: concepções de idade e maternidade. In: ALMEIDA, Heloisa Buarque et al. (Orgs.) *Gênero em matizes*. Bragança Paulista, S.P.: EDUSF, 2002.

ARILHA, Margareth infertilidade, práticas conceptivas e políticas públicas*:* Entre desejos e direitos. In: PARKER, Richard.; BARBOSA, Regina. (orgs.) *Sexualidades brasileiras.* Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.

_____ Desejo da maternidade, tecnologias conceptivas e o Estado: rápidas considerações. In: SCAVONE, Lucila (Org.) *Tecnologias reprodutivas:* gênero e ciência. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

AZIZE, Rogério. A química da qualidade de vida: uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras. In: XXVI ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS. GT: *Pessoa e corpo*. Caxambu, Outubro de 2002.

BARBOSA, Rosana. *Desejo de filhos e infertilidade*: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo.

_____ Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. *Estudos Feministas*. v.8, n.1, p.212-228, p.212-228, 2000.

BARROS, José Augusto. A medicalização da mulher no Brasil. In: WOLFFERS, Ivan; HARDON Anita; JANSSEN, Janita. *O marketing da fertilidade.* São Paulo: Hucitec, 1991.

BAUDRILLARD, Jean. *Tela total:* mito-ironias da era do virtual e da imagem.. 2da. Edição. Porto Alegre: Sulina, 1999 [1997].

BECK, Ulrich. Sobre a incomprendida falta de experiência da genética humana – e as conseqüências sociais do não-saber relativo. In: DE BONI, et. al. *Ética e genética.* Porto Alegre: EPIPUCRS, 1998.

_____ A reivenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. *Modernização Reflexiva. Política, tradição e estética na ordem social moderna.* São Paulo: Editora UNESP, 1999.

BERLINGUER, Giovanni; GARRAFA Volnei. *A mercadoria final: a comercialização de parte do corpo humano.* Tradução: Isabel Regina Augusto. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2.ed., 2001 [1996].

BERQUÓ, Elza. Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo. *Textos Nepo 6,* 1986.

_____ A família no século XXI: um enfoque demográfico. *Revista Brasileira de Estudos de População,* São Paulo, v.6, n.2 p.1-16, jul./dez. 1989.

_____ Brasil um caso exemplar –anticoncepção e parto cirúrgicos– à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas.* v.1, n.2, p.34-45, 1993.

BESEN, Sara. *Ter um bebê é hoje um sonho (quase) sempre possível.* 1998/1999. Disponível em: <http://comunidadejudaica.com.br/ohebreu/-especial/bebe.htm> Acesso em: 18/04/2002.

BESSA, Karla. *Gender Trouble*: outra perspectiva de compreensão do Gênero. Cadernos Pagu (4), 1995.

_____ Posições de sujeito, atuações de gênero. *Estudos Feministas. v.6, n.1,* 1998

BIRMAN, Joel. Volúpia da imortalidade. Possibilidade da clonagem humana lança o indivíduo numa oscilação inquietante entre júbilo e angústia que anuncia uma nova subjetividade. *Folha de S.Paulo.* Mais!. Disponível em: <www.uol.com.br/fsp/mais/fs096200212.htm> Acesso em: 10/06/2002.

BORDO, Susan. *Postmodern subjects, postmodern bodies.* Feminist Studies, v.18, n.1, p.159-175, 1992.

_____ *Unbearable weight. Feminism, western culture and the body.* Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1993.

BORGES, Edson et al. *I Consenso brasileiro:* Indução de ovulação em reprodução assistida. São Paulo: BG Cultural, 2000.

_____ Critérios normativos de um serviço de reprodução humana. Em: *Jornal SBRA,* n.3, 2002. Disponível em: <http://www.sbra.com.br/sb_4htm> Acesso em: 14/11/2002.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.) *Pierre Bourdieu*. Grandes cientistas sociais. São Paulo: Ática, 1994a [1976].

_____ Gostos de classe e estilos de vida. In: ORTIZ, Renato (Org.) *Pierre Bourdieu.* Coleção Grandes Cientistas. São Paulo: Ática, 1994b [1976].

_____ A dominação masculina. *Educação & Realidade.* v.20, n.2, p.133-184, jul/dez/, 1995.

BRAGA, José Carlos; SILVA, Pedro Luiz. Introdução. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI. Geraldo (Orgs.) *Brasil:* radiografia da saúde. Campinas, SP.:UNICAMP. IE, 2001.

BRAY, Abigail; COLEBROOK, Claire. The haunted flesh: corporeal feminism and the politics of (dis)embodiment. *Signs. Journal of women in culture and society.* The University of Chicago Press, 24 (1): pp: 35-67, 1998

BUTLER, Judith. *Gender trouble:* Feminism and the subvertion of identity. New York: Routledge, 1990.

_____ *Bodies that matter:* On the discursive limits of "sex". New York, London: Routledge, 1993.

_____ Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do "pós-modernismo". *Cadernos Pagu* (11) p. 11-42, 1998

_____ Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo". In: LOURO, Guacira (Org.) *O corpo educado – Pedagogias da sexualidade.* Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

CÂMARA, L.M.C. et al. Perfil epidemiológico dos casais atendidos na Conceptus – Centro de Reprodução Assistida do Ceará. III CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, 1999.

CARNEIRO, Fernanda; EMERICK, Maria Celeste; ROCHA, Marcos. Genoma Humano: limites ao acesso e uso de gen-tes. In: CARNEIRO, Fernanda; EMERICK, Maria Celeste (Orgs.) *Limites:* a ética e o debate jurídico sobre o acesso e uso do genoma humano. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA DA DIVISIÃO DE CLÍNICA UROLÓGICA DO HCFMUSP – *Catálogo,* 2003.

CHAZAN, Lílian. Fetos, máquinas e subjetividade: a construção social do feto como pessoa. XXIV ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS. GT*: Pessoa, corpo e saúde*. Caxambu, Outubro de 2000.

_____ O corpo transparente: um panóptico invertido? Considerações sobre as tecnologias de imagem nas reconfigurações da Pessoa contemporânea. XXVI ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS. GT: *Pessoa e corpo*. Caxambu, Outubro de 2002.

CITELI, Maria Teresa. Saúde reprodutiva: mídia, ciência e humanidades. In: OLIVEIRA, Maria Coleta e ROCHA Maria Isabel (Orgs.) *Saúde reprodutiva na esfera pública e poítica na América Latina.* Campinas, S.P.: Editora da Unicamp/Nepo, 2001a.

_____ De dentro do corpo: genética, anatomia e química das diferenças sexuais. XXV ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS. GT: *Natureza e cultura: uma fronteira em discussão.* Caxambu, Outubro de 2001b.

CLÍNICA E CENTRO DE PESQUISA EM REPRODUÇÃO HUMANA ROGER ABDELMASSIH. *Tecnologia em favor da vida.* Catálogo, [2000; 2003]

COLLIER, Jane; YANAGISAKO, Sylvia. *Gender and kinship.* Essays toward a unified analysis. Stanford: Stanford University Press, 1987.

COLLUCCI, Cláudia. *Quero ser mãe*: histórias reais de mulheres que engravidaram com a ajuda da ciência. Ribeirão Preto, SP.: Palavra Mágica, 2000.

COM CIÊNCIA. Entrevista. *Clonagem e reprodução humana.* Disponível em: <www.comciencia.br/entrevistas/clonagem/abdel.htm> Acesso em: 21/05/2003

COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO E REDESAÚDE. *Olhar sobre a mídia.* Boletins. Disponíveis na página eletrônica <http://www.ccr.org.br>.Acesso em: 09/07/2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM No.1.358, de 11 de novembro de 1992.* Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/legislacao/resolucoes/rescfm/1358_92.htm> Acesso em: 14/02/2001.

_____ *Processos de Consulta*. Disponíveis em: <http:// www.portalmedico.org.br/pareceres> Acesso em: 31/03/2003.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Processos de Consulta.* Disponíveis em: <http://www.cremesp.org.br/legislacao/pareceres> Acesso em: 31/03/2003.

COREA, Gena. Os riscos da fertilização in vitro. In: SCAVONE, Lucila (Org.) *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência.* São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

CORRÊA, Marilena. As novas tecnologias reprodutivas: uma revolução a ser assimilada. *Physis: Rev. Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.69-98, 1997.

_____ Novas Tecnologias Reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas. *Estudos Feministas.* v.6, n.1, p.126-137, 1998.

_____ *Tecnologias reprodutivas.*Limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro, Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: 2001a.

_____ Caminhos para uma desejável regulação das tecnologias reprodutivas. Caminhos possíveis? In: ROTANIA, Alejandra (Org.). *Bioética*. Vida e morte femininas. Rio de Janeiro: RedeSaúde, 2001b.

_____ Admirável projeto genoma humano. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* v.12, n.2, 2002

CORRÊA, Marilena; DINIZ, Débora. Novas tecnologias no Brasil um debate à espera de regulação. In: CARNEIRO, Fernanda; EMERICK, Maria Celeste (Orgs.) *Limites*: a ética e o debate jurídico sobre o acesso e uso do genoma humano. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

CORRÊA, Mariza. A natureza imaginária do gênero na história da antropologia. *Cadernos Pagu.* (5), p.109-130, 1995.

_____ O sexo da dominação. *Novos Estudos CEBRAP,* n. 54, 1999.

_____ Fantasia corporais. *Seminário Sexualidades e Saberes:* convenções e fronteiras. Campinas, Junho de 2003. Mimeo.

CORRÊA, Mariza; PSICITELLI, Adriana. "Flores do colonialismo" Masculinidades numa perspectiva antropológica. *Cadernos Pagu* (11), p.201-229, 1998.

COSTA, Maria Cecília. *Os filhos do coração:* adoção em camadas médias brasileiras. Rio de Janeiro, 1988. Tese (Doutorado) – PPGAS, Museu Nacional, UFRJ.

_____ A cor que não se vê e a cor que se tem: a criança preferencial na adoção em camadas médias. *Estudos Afro-asiáticos.* Rio de Janeiro: Centro de Estudos afro-asiáticos, v.21, 1991.

COSTA, Rosely. De clonagens e de paternidades: as encruzilhadas do gênero. *Cadernos Pagu.* (11), 1998.

_____ *Concepção de filhos, concepções de pai:* Algumas considerações sobre reprodução e gênero. Campinas, 2001. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

DE BONI, et. al. *Ética e genética.* Porto Alegre: EPIPUCRS, 1998.

DELEUZE, Gilles. Sobre la muerte del hombre y el superhombre. In: DELEUZE, Gilles. *Foucault.* Barcelona: Paidós, 1987 [1986]

_____ Controle e devir. In: DELEUZE, Gilles. *Conversações*. 1972-1990. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

_____ *Post-scriptum* sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, Gilles. *Conversações*. 1972-1990. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DINIZ, Débora. Introdução. In: DINIZ, Débora e BUGLIONE, Samantha (Eds.) *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas?* Diferentes perspectivas do direito brasileiro. Brasília: Letras Livres, 2002.

EDWARDS, Jeanette. Explicit connections: ethnografhic enquiry in north-west England, e Clones – who are they? In: EDWARDS, J et al. *Technologies of procreation.* Kinship in the age of assisted conception. London and New York: Routledge: 1999 [1993].

EL CLARIN. *La Idea nació en internet.* Disponível em: rima-lista-admin@tau.org.ar. Acesso em: 30/09/02.

EMERICK, Maria Celeste; CARNEIRO, Fernanda. Introdução. In: CARNEIRO, Fernanda; EMERICK, Maria Celeste (Orgs.) *Limites:* a ética e o debate jurídico sobre o acesso e uso do genoma humano. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

ENZENSBERG, Hans. Golpistas no laboratório. *Folha de S. Paulo,* Caderno Mais!, 09 de setembro de 2001, pág. 24-26.

FARIA, Wilmar; POTTER, Joseph. Televisão, telenovelas e queda de fecundidade no nordeste. In: *Novos Estudos.* n.62, março de 2002.

FAUNDES, Daniel. *Avaliação de dois protocolos de desenvolvimento folicular para fertilização assistida.* Campinas, 1994. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

FEATHERSTONE, Mike. *Cultura de consumo e pós-modernismo.* São Paulo: Studio Nobel, 1995 [1990].

FELDMAN-BIANCO, Bela; LEITE Moreira, Miriam (Orgs.) *Desafios da imagem.* Fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sociais. Campinas, S.P.: Papirus, 1998.

FERNANDES, Arlete; BAHAMONDES, Luis. Freqüência e fatores vinculados com abandono em casais estéreis dos hospitais universitários de Campinas. *Reprodução & Climatério.* v.10, n.1, janeiro/março, p.166-9, 1995.

FERREIRA, Maria de Fátima. *Esterilidade e reprodução assistida:* no jornal impresso diário e na narrativa de homens e mulheres estéreis no Brasil. Araraquara, 1998. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista.

FINKLER, Kaja. The kin in the gene. The medicalization of family and kinship in american society. *Current Anthropology.* V 42, N.2, April 2001.

FONSECA, Claudia. *Caminhos da adoção.* São Paulo: Editora Cortez, 1995.

_____ A vingança de Capitu: DNA, escolha e destino na família brasileira contemporânea. Artigo apresentado no *III Programa Relações de Gênero na Sociedade Brasileira:* Estudos de gênero face aos dilemas da sociedade brasileira. Fundação Carlos Chagas, São Paulo, 13-16 de março, 2001 (mimeo).

FOUCAULT, Michel. O *nascimento da clínica.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____ The political technology of individuals. In: MARTIN, L.; GUTMAN, H.; HUTTON, P. (Eds.) *Technologies of the self.* A seminar with Michael Foucault. Amherst: The University of Massachusetts Press, 1988.

_____ O Nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996 [1979].

_____ O poder-corpo. In: *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1996 [1979].

_____ A Política da saúde no século XVIII In: *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1996 [1979].

_____ *História da sexualidade I.* A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1997 [1988]

FRANKLIN, Sarah. Postmodern procreation. Representing reproductive practice. *Science as Culture.* v.3, part 4, n.17, p.522-561, 1993.

_____ *Embodied Progress.* A cultural account of assisted conception. London and New York. Routledge: 1997.

_____ Making representations: the parliamentary debate on the Human Fertilisation and Embryology Act. In: EDWARDS, J. et al. In: *Technologies of procreation.* Kinship in the age of assisted conception. London and New York, Routledge: 1999 [1993]

FRANKLIN, Sarah; RAGONÉ, Helena. Introduction. In: FRANKLIN, S.; RAGONÉ, H. *Reproducing reproduction:* kinship, power, and technological innovation. Philadelphia, Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 1998.

FURTADO, João. A indústria de equipamentos médico-hospitalares: elementos para uma comercialização da sua dimensão internacional. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs.) *Brasil:* radiografia da saúde. Campinas, SP.:UNICAMP. IE, 2001.

GABIATTI, José Roberto. *Avaliação do desenvolvimento do programa de fertilização "in vitro" em uma instituição pública*, Campinas, 1997. Tese (Doutorado em Medicina, Área de Tocoginecologia) – Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.

_____ Como pensamos hoje: a caminho de uma etnografia do pensamento moderno. In: GEERTZ, Clifford. *O saber local.* Novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis, RJ.: Vozes, 1997.

GINSBURG, Faye; RAPP, Rayna. The politics of reproduction. *Annual Review of Anthropology.* v.20, p.311-43, 1991.

GIOVANNI, Geraldo. *A questão dos remédios no Brasil.* São Paulo: Livraria e Editora Polis Ltda., 1980.

GLINIA, Sidney; MARTINS, Fernando. Sinonímia e definições. In: GLINIA, Sidney; DAMIÃO, Ronaldo. *I Consenso Brasileiro:* Infertilidade masculina. São Paulo: BG Cultura, 1999.

GROSZ, Elizabeth. Refiguring bodies. In: GROSZ, E. *Volatile bodies.* Toward a corporeal feminism. Indiana and Indianápolis: Indiana University Press, 1994.

HALLAK, Jorge. *Riscos de transmissão à prole com uso de reprodução assistida em infertilidade masculina*, 2000, Mimeo.

HAMBURGUER, Esther. Representações sobre reprodução em telenovelas brasileiras, 1970-1997. In: OLIVEIRA, Maria Coleta e ROCHA Maria Isabel (Orgs.) *Saúde reprodutiva na esfera pública e poítica na América Latina.* Campinas, S.P.: Editora da Unicamp/Nepo, 2001.

HARAWAY, Donna. *Ciência, cyborgs y mujeres.* La reinvención de la naturaleza. Madrid: Ediciones Cátedra, 1995a.

_____ Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu* (5), 1995b.

HARDY, E.; BENTO, SF.; OSIS, MJD. Consentimento informado normatizado pela Resolução 196/96: conhecimento e opinião de pesquisadores brasileiros. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.24, n.1, p. 59-65, 2002.

HÉRITIER, François. La vinculación a la estirpe. Reflexiones sobre los nuevos modos de procreación. In: HERITIER, F. *Masculino/femenino.* El pensamiento de la diferencia. Editorial Ariel, S.S.; Barcelona: 1996.

_____ A coxa de Júpiter. Reflexões sobre os novos modos de procriação. *Estudos Feministas.* v.8, n.1, p.98-114, 2000.

JOLY, Martine. *Introdução à análise da imagem.* Campinas: Papirus, 1996.

KIMBRELL, Andrew. *The human body shop.* The engineering and marketing of life. Penang, Malaysoa: Third World Network, 1993.

KIREJCZYK, Marta. Shifting the burden onto women. The gender character of the "in vitro" fertilization. *Science as culture.* v.3, part 4, n.17, p.507-521, 1993.

KURZWEIL, Ray. Ser Humano, versão 2.0. Mais!. p.4-9, Março 23, 2003.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. *A vida de laboratório.* A produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997 [1979].

LAURETIS, Teresa A tecnologia do gênero. In: BUARQUE DE HOLANDA, H. (Org.) *Tendências e imapasses.* O feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LAYNE, Linda. I remember the day I shopped for your layette. Consumer goods, fetuses, and feminism in the context of pregnancy loss. In: MILLER, Daniel (Editor) *Consumption.* Critical concepts in the social sciences. Vol. IV: Objects, subjects mediations in consumption. London and New York: Routledge, 2001

LÉVI-STRAUSS, Claude. *As estruturas elementares do parentesco.* Petrópolis, RJ: Vozes, 1976.

LOPES, Joaquim. Doação de citoplasma, uma alternativa legal? *Boletim SBRH*, Ano I, n.5, Julho/setembro, 2001. Disponível em: <http://www.sbrh.med.br/boletins/bol05julho,agosto,setembro/b1010502.htm> Acesso em: 27/02/2003.

_____ Editorial. A mulher e a gravidez após os 40 anos. *Boletim SBRH*, Ano II, n.7, Janeiro/fevereiro, 2002. Disponível em: <http://www.sbrh.med.br/boletins/bol07jan,fev/b1020701.htm> Acesso em: 27/02/2003.

LOPES, J.R.C. et . al. Programa de doação compartilhada de óvulos. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida,* s/d [199-]. Disponível em: <http://www.sbra.com.br/artigo3.htm>. Acesso em: 14/02/2001.

LOURO, Guacira. Teoria queer – uma política pós-identitária para a educação. *Estudos Feministas.* v.9, n.2, 2001.

LUNA, Naara. *Bebê de proveta, barriga de aluguel, embriões de laboratório*: as representações sociais das novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro, 1999. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MAINGUENEAU, Dominique. *Novas tendências em análise do discurso.* Campinas, S.P.: Pontes e Editora da Unicamp, 2da. Edição, 1993.

MAKUCH, Maria Yolanda. *Vivências de mulheres e homens do programa de esterilização de fertilização in vitro da Unicamp.* Campinas, 2001. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.

MANICA, Daniela. *Supressão da menstruação.* Ginecologistas e laboratórios farmacêuticos re-apresentando natureza e cultura. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas.

MARCUS, George. Identidades passadas, presentes e emergentes: requisitos para etnografias sobre a modernidade no final do século XX ao nível mundial. *Revista de Antropologia,* São Paulo, USP, n.34, p. 197-221, 1991.

_____ Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology.* v. 24, p. 95-117, 1995.

McNEIL, Maureen. New reproductive technologies. Dreams and broken promises. *Science as Culture.* v.3, part4, n.17, p.483-506, 1993.

MENEGON, Vera. *Entre a linguagem dos riscos:* os consentimentos informados na reprodução humana assistida. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Doutorado em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP.

MICHALIK, Regina. El deseo como filosofia. Entrevista a Judith Butler. *LOLApress,* n.2, setembro de 2001.

MONTERO, Paula. Reflexões sobre uma antropologia das sociedades complexas. *Revista de Antropologia.* São Paulo, USP, N.34, p.103-130, 1991.

_____ Questões para a etnografia numa sociedade mundial. *Novos Estudos,* n..36, Julho de 1993.

NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo. Apresentação. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs.) *Brasil:* radiografia da saúde. Campinas, SP.:UNICAMP. IE, 2001

NELKIN, Dorothy. Commen to: Finkler, Kaja. The kin in the gene. The medicalization of family and kinship in American society. *Current Anthropology.* v.24, n.2, April 2001.

NOVAES, Simone; SALEM, Tânia. Recontextualizando o embrião. *Estudos Feministas.* v.3, n.1, 1995.

OLIVEIRA, Fátima. Expectativas, falências e poderes da medicina da procriação: gênero, racismo e bioética. In: SCAVONE, Lucila (Org.) *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência.* São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

_____ Biotecnologias de procriação e bioética. *Cadernos Pagu* (10), 1998.

_____ Um olhar feminista sobre biotecnologia. *Jornal da Rede Feminista de Saúde,* n.25, Junho de 2002.

OLIVEIRA, Fátima; MOTA, Joaquim. Bioética e as mulheres. In: REDESAÚDE. *Direitos reprodutivos:* dossiês. São Paulo, 2001.

ORLANDO, Ricardo Augusto. *A comunicação on-line e os portais da web:* uma abordagem semiótica. Campinas, 2001. Dissertação (Mestrado em Multimeios) – Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas.

OUDSHOORN, Nelly. On the making of sex hormones: research materials and the production of knowledge. *Social Studies of Science.* SAGE, London, v.20, p.5-33, 1990.

_____ *Beyond the natural body.* An archeology of sex hormones. Routledge: London and New York, 1994.

PALAVRA MÁGICA. *Quero ser mãe.* Disponível em: <http:// www.palavramagica.com.br/mae2html> Acesso em: 07/05/2003.

PANOKSKY, Erwin. Iconografía e inconoloía: introducción al estúdio del arte del Renacimiento. In: PANOKSKY, E. *El significado en las artes visuales.* Madrid: Alinaza Forma, 1995 [1979].

PELETZ, Michael. Kinship studies in late twentieth-century anthropology. *Annual Review of Anthropology,* v. 24, 1995.

PEREIRA, Dirceu. Entrevista. Reprodução assistida no Brasil. *Boletim SBRH*, v.1, n.4, Maio/julho de 2001. Disponível em: <www.sbrh.med.br/boletins/bol04maio-junho/b1010406.htm> Acesso em: 31/03/2003.

PERPÉTUO, Ignez H. Fatores determinantes da evolução da esterilização no nordeste. In: SANTOS, Taís de Freitas. (org.) *Dinâmica populacional das regiões Norte e Nordeste:* questões atuais e emergentes. Recife: FJN, Editora Massangana, 2000.

PETCHESKY, Rosalind. Foetal images: the power of visual culture in the politics of reproduction. In: STANWORTH, Michelle (Ed.) *Reproductive technologies.* Gender, motherhood and medicine. Cambridge/Oxford (UK), Polity Press and Basil Blackwell, 1988 [1987].

PFEFFER, Naomi. *The stork and the syringe.* A political history of reproductive medicine. Polity Press: Cambridge, 1993.

PIGNARRE, Philippe. *O que é o medicamento*?: um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Ed. 34, 1999 [1997].

PISCITELLI, Adriana. Nas fronteiras do natural: gênero e parentesco. *Estudos Feministas,* v.6, n.2, 1998.

_____ "*Jóias de família*": gênero em historias sobre grupos empresariais brasileiros. Campinas, 1999. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

QUEIROZ, Arryanne. Tecnologias reprodutivas e direito: algumas conexões. In: DINIZ, Débora e BUGLIONE, Samantha (Eds.) *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas?* Diferentes perspectivas do direito brasileiro. Brasília: Letras Livres, 2002.

QUÉRÉ, France. *La ética y la vida.* Madrid: Acento Editorial, 1994 [1991].

RABINOW, Paul. Artificialidade e Ilumunismo: da sociobiologia à biossociabilidade. In: RABINOW, P. *Antropologia da razão:* ensaios de Paul Rabinow. Organização e tradução de João Guilherme Biehl. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

RAGONÉ, Helena. *Surrogate Motherhood.* Conception in the heart. Boulder (USA): Westview Press, 1994.

_____ Chasing the blood tie: surrogate mothers, adotives mothers and fathers. *American Ethnologist. The Jornal of the American Ethnological Society.* v.23, n.2, p. 352-365, 1996.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha Celia. *Os impasses do corpo*: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário. Campinas, 1999. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

RAMÍREZ, Martha Celia. A propriedade do corpo. O lugar da diferença nos discursos de homens e mulheres acerca do aborto voluntário. *Cadernos Pagu,* (15), 2000.

_____ Clique aqui e realize seus sonhos reprodutivos. XXVI ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS. GT: Pessoa e corpo: Novas tecnologias biológicas e novas configurações ideológicas. Caxambu, Outubro de 2001.

_____ Novas tecnologias reprodutivas: rupturas ou consolidação de modelos compulsórios de sexualidade? IV REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL. Curitiba, novembro de 2001.

RED LATINOAMERICANA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida.* Do ano 1996 a 2000. Disponíveis em: <http://www.redlara.com> Acesso em: 30/04/2001.

REDESAÚDE. *Saúde da mulher e direitos reprodutivos:* dossiês. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. São Paulo, 2001.

RIBEIRO, Diaulas. Reprodução medicamente assistida: parentalidade contratual e biológica. Controvérsias e certificações. In: DINIZ, Débora e BUGLIONE, Samantha (Eds.) *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas?* Diferentes perspectivas do direito brasileiro. Brasília: Letras Livres, 2002.

RIBEIRO, Renato. A cultura ameaçada pela natureza. *Pesquisa FAPESP Especial:* Dupla Hélice, 50 anos. s/d. [2003].

RIFKIN, Jeremy. *O século da biotecnologia*. A valorização dos genes e a reconstrução do mundo. São Paulo: Makron Books, 1999.

_____ *A era do acesso.* A transição de mercados convencionais para networks e o nascimento de uma nova economia. São Paulo: Makron Books, 2001.

RIOS, André. Bioética e processos de decisão. In: CARNEIRO, Fernanda; EMERICK, Maria Celeste (Orgs.) *Limites:* a ética e o debate jurídico sobre o acesso e uso do genoma humano. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

ROHDEN, Fabíola. O corpo fazendo a diferença. *Mana.* v.4, n.2, 1998.

RONDELLI, Elizabeth. *Folha de S. Paulo,* TV Folha, 16 de fevereiro de 2003.

ROTANIA, Alejandra. Entre o sangue e o gesto. Reflexões sobre as NTRc e a adoção. CONGRESSO DE BIOÉTICA DA AMÉRICA LATINA E CARIBE. SÃO PAULO, Outubro, 1995. Mimeo.

_____ Biologia moderna, feminismo e ética. In: SCAVONE, Lucila (Org.) *Tecnologias reprodutivas:* gênero e ciência. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

_____ Os desafios para o feminismo como crítica da cultura No.3. *Estudos Feministas.* v.6, n.1, p.170-176, 1998.

_____ *A celebração do temor*. Biotecnologias, reprodução, ética e feminismo. Rio de Janeiro: E-papers, 2001a.

_____ De bioéticas e feminismos na modernidade. In: ROTANIA, Alejandra (Org.). *Bioética. Vida e morte femininas.* Rio de Janeiro: RedeSaúde, 2001b.

RUBIN, Gayle. El tráfico de las mujeres: notas sobre la "economia política" del sexo. In: *Nueva Antropologia.* v.VIII, n.30, México, 1986.

SALEM, Tania. O princípio do anonimato na inseminação artificial com doador (IAD): das tensões entre natureza e cultura. *Physis. Revista de Saúde Coletiva.* v.5, n.1, p.33-68, 1995.

_____ As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa. *MANA*. v.3, n.1, p.75-94, 1997.

SANTOS, Laymert Garcia. Consumindo o futuro. *Folha de S.Paulo.* Mais!, São Paulo, 27/02/2000a.

_____ Invenção, descoberta e dignidade humana. In: CARNEIRO, Fernanda; EMERICK, Maria Celeste (Orgs.) *Limites:* a ética e o debate jurídico sobre o acesso e uso do genoma humano. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, 2000b.

_____ Tecnologia, perda do humano e crise do sujeito do direito. In: OLIVEIRA, Francisco de; PAOLI, Maria Célia. (Orgs.) *Os sentidos da democracia.* Políticas do dissenso e hegemonia global. Petrópolis, RJ.: Vozes; Brasília: NEDIC, 2000c.

_____ Perspectivas que a revolução micro-eletronica e a internet abrem à luta pelo socialismo. *Seminário "Socialismo e Democracia"* – Partido dos Trabalhadores. São Paulo, Junho de 2001.

_____ *Tecnologia e seleção.* Mimeo. Maio de 2003.

SAWICKI, Jana. Disciplining mothers: feminism and the new reproductive technologies. In: SAWICKI, Jana. *Disciplining Foucault:* feminism, power, and the body. New York: Routledge, 1991.

SCAVONE, Lucila. *Apresentação.* In: SCAVONE, L. (Org.) *Tecnologias reprodutivas.* Gênero e ciência. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

SCHNEIDER, D. *American kinship:* a cultural account. New Jersey, Prentice-Hall, 1968.

SHARP, Lesley. The commodification of the body and its parts. *Ann. Rev. Anthropol.* v.29, 2000, p.287-328.

SHILDRICK, Margrit; PRICE, Janet. Openings on the body: a critical introduction. In: PRICE, J.; SHILDRICK, M. (Ed.) *Feminist theory and the body.* A reader. New York: Routledge, 1999.

SIBILIA, Paula. *o homem pós-orgânico*: Corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro, Relume Dumara. 2002.

SILVA, Tomas Tadeu da. Nós ciborgues: o corpo elétrico e a dissolução do humano. In: SILVA, Tomas Tadeu da. *Antropologia do ciborgue* – as vertingens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

SILVER, Lee. *Vuelta al Edén*. Mas allá de la clonación en un mundo feliz. Madrid: Taurus, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. *Programa de cadastro nacional e critérios normativos em reprodução assistida.* Disponível em: <http://nt2.hignet.com.br/sbranew/map.asp> Acesso em: 17/10/2001.

SOUZA, Maria do Carmo et. al. Fertilização "in vitro" homossexualismo feminino, doação de útero. *Jornal Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida.* v.?, n.3, 2002. Disponível em: <http://www.sbra.com.br/sb_6.htm> Acesso em 14/04/2002.

SPINK, Peter. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, Mary Jane (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:* aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2000.

STOLCKE, Verena. New Tecnnologies: the old quest for the fatherhood. *Reproductive and genetic engineering*. v.1, n.1, p.5-19; 1988.

_____ El sexo de la biotecnología. *Revista de Estudos Feministas.* v.6, n.1, p.139-155, 1998.

STONE, Linda. An introduction. In: STONE, Linda. *Kinship and Gender.* Colorado, USA; Westview Press: 2000.

STRATHERN, Marilyn. Partners and consumers: making relations visible. *New Literary History.* v.22, p. 581-601, 1991.

_____ *Reproduction the future:* essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies. Manchester, Manchester University Press: 1992.

_____ Necessidade de pais necessidade de mães. *Estudos Feministas.* v.3, n.2, p.303-329, 1995a.

_____ New families for old? In: Ulanowsky, C. (Ed.) *The family in the age of biotechnology.* Albershot: Avebury, 1995b.

_____ Regulation, substitution and possibility. In: EDWARDS, J. et al. *Tecnologies of procreation.* Kinship in the age of assisted conception. London and New York: Routledge: 1999a [1993].

_____ *Property, substance and effect.* Anthropological essays on persons and things. London and New Brunswick, NJ: The Athlone Press, 1999b.

_____ No limite de uma certa linguagem. *MANA.* v. 5, n.2, p.157-175, 1999c.

SWAIN, Tânia. A invenção do corpo feminino ou "a hora e a vez do nomadismo identitário?" In: SWAIN, Tânia (Org.) Feminismo: teorias e perspectivas. *Textos de história.* v.8, n.1/2, 2000.

UZIEL, Anna Paula. Reflexões sobre parceria civil registrada no Brasil. *Sexualidade:* gênero e sociedade. n.11, jul. 1999.

_____ Da intenção ao direito. Homossexualidade e adoção no Brasil. In: ALMEIDA, H. et al. (Orgs.) *Gênero em matizes.* Bragança Paulista, S.P.: EDUSF, 2002.

VAN DER GEEST, Sjaak, et. al. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology.* v.25, p.153-78, 1996.

VIEIRA, Joice. *Algumas reflexões sobre parentesco e adoção,* s/d. [200-] Mimeo.

VOGT, Carlos. A espiral da cultura científica. *Folha de S.Paulo.* Opinião. Tendências/debates, pp A3. Julho 24, 2003.

WHITTLE, Martin. *Screening* genético: implicações e perspectives. *Revista USP,* São Paulo, v.24, p.46-53, Dezembro/Fevereiro, 1994/95.

WOLFFERS, Ivan; HARDON Anita; JANSSEN, Janita. *O marketing da fertilidade.* São Paulo: Hucitec, 1991.

Artigos citados da pesquisa no Jornal *Folha de S.Paulo*

ALMEIDA, Alexandra. Um novo jeito de ser mãe. Cotidiano. p.3-8, Setembro 26, 1999.

BARBOSA JR, Alcino. Congelar embriões pode levar à prisão. p.C5, Agosto 20, 2000.

BEBÊ proveta tem maior risco de defeito. Brasil. Ciência. p.1-12, Julho 1, 1994.

BIANCARELLI, Eduardo. Brasil tem cerca de 1.500 "provetinhas". Cotidiano. p.4-10, Junho 5, 1994.

_____ Embriões têm direito a herança. Cotidiano. p.4-10, Junho 5, 1994.

BLANCO, Alessandra. Diminuem riscos para gravidez após os 30. Cotidiano. p.3-3, Maio 14, 1995.

BOUER, Jairo. Problemas de fertilidade atingem 15% dos casais. Cotidiano. Saúde. p.3-9, Maio 14, 1995.

_____ Infertilidade tem 40% de causa masculina. Cotidiano. Saúde. p.3-4, Agosto 9, 1998.

BRASIL, Sandra et al. Artigo condena manipulação em humanos. Ciência. Panorâmica. p.A10, Maio 18, 2001.

CARVALHO, Mario César. Ficar grávida já não requer um homem. Cotidiano. p.3-2, Agosto 11, 1996.

_____ Médicos são processados por 134 casais. Cotidiano. p.3-3, Agosto 11, 1996.

_____ Sociedade médica dará selo de qualidade. Cotidiano. p.3-3, Agosto 11, 1996.

CENEVIVA, Walter. Direito e ética estão distantes do progresso. Cotidiano. p.4-2, Fevereiro 13, 1994.

_____ Mulher deixará de ser mãe no próximo século. Cotidiano. Letras Jurídicas. p.4-2, Março 12, 1995.

_____ homens e machos. Cotidiano. Leis: letras jurídicas. p.3-2, Maio 10, 1997.

_____ Tílburi jurídico. Cotidiano. Leis. p.3-2, Abril 11, 1998.

_____ Sexo afasta-se da reprodução. Cotidiano. Letras Jurídicas. p.C2, Agosto 5, 2000.

_____ Clonando um ser humano (humano?). Cotidiano. Letras jurídicas. p.C2, Março 3, 2001.

_____ Se a clonagem humana vier. Cotidiano. Letras Jurídicas. p.C2, Dezembro 1, 2001.

CENTRO concentra técnicas avançadas. Cotidiano. p.3-9, Setembro 11, 1998.

CIÊNCIA nova. Mais!. p.5-8, Novembro 24, 2002.

CIENTISTAS dizem que irão clonar seres humanos. Ciência. p.A16, Março 10, 2001.

COLUCCI, Cláudia. Assistência psicológica é necessária. Cotidiano. Saúde. p.C4, Agosto 26, 2001.

_____ Custo alto causa preocupação. Cotidiano. Saúde. p.C4, Agosto 26, 2001.

_____ Dificuldade para engravidar gera estresse. Cotidiano. Saúde. p.C4, Agosto 26, 2001.

_____ Casal infértil pode ser prejudicado por projeto, dizem especialistas. Cotidiano. p.C4-6, Outubro 27, 2001.

_____ Serviços vetam inférteis "maduras". Cotidiano. p.C6, Março 10, 2002.

CONHEÇA as técnicas de reprodução assistida. Cotidiano. Saúde. p.3-4, Agosto 9, 1998.

CONNOR, Steve. Para Cientistas, clonagem de humanos será inevitável. Ciência. p.A16, Setembro 5, 2000.

CONTE, Carla. Chance de gravidez é de 45%. Cotidiano. Saúde. p.3-3, Dezembro 28,1997.

_____ Solução é melhorar embrião. Cotidiano. Saúde. p.3-3. Dezembro 28, 1997.

CSILLAG, Cláudio. Lei brasileira não proíbe a gravidez pós-menopausa. Mais!. Ciência. p.6-5, Janeiro 23, 1994.

DA SILVA, Carlos E. Mulher dá a luz aos 63 anos nos EUA. Mundo. Ciência. p.1-16, Abril 25, 1997.

DE SÁ, Nelson. Doutor Vida. Revista da Folha. P. 4, Maio 26, 1996.

EMBRIÃO não pode ser destruído. Cotidiano. Leis. p.3-2, Agosto 8, 1998.

EUA têm bebês "geneticamente alterados". Ciência. p.A15, Maio 5, 2001.

FALTA recurso para medicamento. Cotidiano. pp. C6, Março 10, 2002.

FELINTO, Marilene. A posição da igreja. Mais!. p.5-7, Julho 25, 1999.

_____ Laboratório de Família. Mais!. p.5-7, Julho 25, 1999.

_____ Técnicas solucionam problema. Mais!. p.5-7, Julho 25, 1999.

_____ Uma gravidez do futuro. Mais!. p.5-7, Julho 25, 1999.

FELTRIN, Ricardo. Mães de proveta ganham festa. Cotidiano. p. 3-1, Maio 7, 1994.

FRANÇA quer proibir "turismo médico". Brasil. Ciência. p.1-12, Janeiro 7, 1994.

FRANCESA de 62 diz que gestou bebê do irmão. Mundo. Junho 21, 2001. Disponível em: <http://www.oul.com.br/fsp/mundo/ft2106200102.htm> Acesso em: junho 24, 2001.

FREIRE, Vinicius. Brincar de Deus em um laboratório. Mais!. Ciência. p. 6-4, Janeiro 23, 1994.

FUNCIONAM no Brasil. Cotidiano. p.3-3. Agosto 11, 1996.

GARRAFA, Volnei; BERLINGUER, Giovanni. Os limites da manipulação. Mais!. Ciência. p.5-6. Dezembro 1, 1996.

GEN(ÉTICA). Editorial. Opinião. p.1-2, Janeiro 23, 1994.

GENÉTICA faz casal evitar doença em filho. Brasil. Ciência. p.1-12, Janeiro 10, 1995.

GERHARDT, Isabel. Nova técnica pode dar filhos a homem estéril. Equilíbrio. Poucas e boas. p.6, Setembro 21, 2000.

GIL, Marisa. Um espermatozóide só faz verão. Revista da folha. p.28-29, Novembro 27, 1994.

GOVERNO francês quer dar a juízes poder sobre reprodução assistida. Mundo. Ciência. p.2-9, Janeiro 6, 1994.

GRAVIDEZ escondida do Marido. Equilíbrio. p.13, Outubro 5, 2000.

IDADE limita o sucesso. Cotidiano. Saúde. p.3-4, Agosto 9, 1998.

KLINGER, Karina. SP ganha centro de reprodução assistida. Equilíbrio. Poucas e Boas. p.4, Maio 10, 2001.

LEI cria conselho no Reino Unido. Cotidiano. Leis. p.3-2, Agosto 24, 1996.

LEI na proveta. Editoriais. Opinião. p.A2. Outubro 27, 2001.

LEIS para o futuro. Editorial. Opinião. p.1-2, Janeiro 2, 1998

LEITE, Eduardo. Direito a reboque. Cotidiano. Data vênia. P.3-2. Maio 11, 1996.

_____ Óvulos rejuvenescidos. Mais!. Ciência; p.5-14, Abril 25, 1999.

_____ Unifesp amplia área de reprodução humana. Mundo. Ciência. p.1-14, Maio 3, 1999.

_____ EUA debatem "reforma" de óvulo humano. Ciência. p.A17, Maio 4, 2001.

_____ Os tais bebês "transgênicos". Opinião. p.A2, Maio 10, 2001.

LEITE, Fabiane. Ovelhas nascem de ovários congelados. Ciência. p.A10, Julho 3, 2001.

MÉDICO do bebê proveta morre em SP. Cotidiano. p.3-6, Janeiro 2, 1998.

MOI, Izabela. Superprodução de gêmeos. Revista da Folha. p.14-16, Julho 20,1997.

MULHER nos Estados EUA quer gerar o próprio neto. Mundo. p.7, Outubro 03, 1998.

NATÉRCIA, Flavia. Especialistas defendem técnica polêmica. Ciência. p.A17, Maio 26, 2001.

_____ Alterar óvulo não é engenharia, diz médico. Ciência. p.A12, Junho 1, 2001.

NETO, Ric ardo. Técnica é aborto de proveta? Cotidiano. Saúde. p.22, Julho 22, 997.

NUNES, Eunice. Direito ainda deve resposta a questões criadas pela ciência. Cotidiano. Leis. p.3-2, Abril 18, 1998.

_____ Lei garante a filho de doador de sêmen saber quem é o pai. Cotidiano. Leis. p.3-2, Agosto 8, 1998.

O QUE é a inseminação artificial?. Mais! Ciência. p.5-15, Abril 2, 1995.

OFERTA fértil. Mundo. p.2-8, Janeiro 15, 1994.

PINOTTI, José. Menopausa é uma "injustiça" natural. Brasil. p.1-8, Janeiro 17, 1994.

QUANDO a causa está na genética. Julho 11, 2002.

RAIO X da reprodução assistida. Equilíbrio. p.13, Outubro 5, 2000.

RESOLUÇÃO do CFM traz normas. Cotidiano. Leis. p3-2, Agosto 8, 1998.

SACCOMANDI, Humberto. Reino Unido quer debate sobre fertilidade. Ciência. p.1-10, Janeiro 8, 1994.

SAIBA quais são os casos de reprodução assistida. Cotidiano. p.3-6, Dezembro 12,1997.

SANTIAGO, Carlos H. Reprodução fetal é prática legal fora do país. Cotidiano. p.3-9, Julho 17, 1997.

SCALZO, Fernanda. França discute direito à gravidez tardia. Brasil. Ciência. p.1-10, Janeiro 5, 1994.

SCHEINBERG, Gabriela. Norma foi reavaliada há três anos. Abril 4, 2000.

_____ Papa condena redução embrionária. Mundo. P.1-14, Abril 4, 2000.

SCHIVARTCHE, Fabio. Método pode reduzir chances. Cotidiano. p.3-6, Dezembro 10,1997.

_____ Programa baixa custo de bebê proveta. Cotidiano. p.3-6, Dezembro 10, 1997.

SEM espermatozóides. Editoriais. Opinião. p.A2, Julho 15, 2001.

SURDOS e invisíveis. Folha Equilíbrio, p.6-7, Julho 24, 2003

TAXA de gravidez múltipla. Mundo. p.1-14, Abril 4, 2000.

UM novo jeito de ser mãe. Revista da Folha. p.9-15, Outubro 26, 1999.

ZORZETTO, Ricardo. País testa técnica para "melhorar" embrião. Cotidiano. pp: 3-5. Maio 9, 1998.

Artigos citados da Revista *Veja*

A DITADURA do biológico. Um livro americano pinta um panorama sombrio para as mulheres que adiam o sonho de ter filhos. Edição 1747. Abril 17, 2002. Disponível em: <http://www2.oul.com.br/veja/170402/p_090.html>. Acesso em: Abril 22, 2002.

A VIDA no freezer. Americana dá à luz gêmeo de menino nascido há sete anos. Edição 1535. p.40, Fevereiro 25, 1998.

BEBÊS de proveta: o tubo que não é tudo de bom. Edição 1752. Maio 22, 2002.

CARELLI, Gabriela.Tudo por um filho. Com ajuda de casais dispostos a se arriscar, a ciência está vencendo a infertilidade. Edição 1699. p.108-115, Maio 9, 2001.

COMEÇOU a corrida para fazer o primeiro clone humano. Edição 1713. Agosto 15, 2001.

HESSEL, Daniel e OYAMA, Thais. Em busca do bebê perfeito. Edição 1632. pp: 122-129. Novembro 3, 1999. Disponível em: <http://www2.oul.com.br/veja/031199/p_122.html>. Acesso em: Dezembro 3, 2001.

Mão à natureza; técnicas mais refinadas ajudam os casais a engravidar. Veja Especial. Edição 1546a. p.18-19. Maio 13, 1998.

MÉDICOS pedem cautela na reprodução assistida. Fevereiro 20, 2003. Disponível em: <http//:www1.folha.com.Br/fsp/equilíbrio/eq2002200308.htm> Acesso em: Fevereiro 22, 2003.

OS FILHOS do silêncio. Casal de lésbicas recorre à fertilização in vitro para ter bebês surdos como elas. Edição 1747. Abril 17, 2002. Disponível em: <http://www2.oul.com.br/veja/170402/p_072.html> Acesso em: Abril 22, 2002.

OYAMA, Thais. Foi Roger que fez. Edição 1709. Julho 18, 2001. Disponível em: <http://www2.oul.com.br/veja/18701/p_072.html> Acesso em: Março 5, 2002.

QUANTO mais tarde mais difícil. Muitas mulheres adiam a gravidez por excesso de confiança na medicina. Mas engravidar depois dos 40 exige sacrifícios. Edição 1725. Novembro 7, 2001.

VARELLA, Flavia. Sete gatinhos, Costureira americana dá à luz sétuplos. Edição 1523. p.111, Novembro 26, 1997.

VEIGA, Aida. Incesto de proveta.. Edição 1706. p.86-87. Junho 27, 2001. Disponível em: <http://www2.oul.com.br/veja/270601/p_086.html> Acesso em: Julho 8, 2001.

_____ Quanto mais tarde, mais difícil. Edição 1725. Novembro 7, 2001. Disponível em: <http://www2.oul.com.br/veja/071101/p_060.html>. Acesso em: Dezembro 3, 2002.

VIDA após da morte. Americana é fecundada com o sêmen retirado de seu marido morto. Edição 1556. p. 81. Julho 22, 1998.

Artigos citados de outras fontes jornalísticas

BEBÊ 2000. Fertilização Assistida! A tomada de decisão... Agosto 1, 2001. Disponível em: http://www.mulher.com.br/colabora/b_2000/fertilização_assistida.htm.

DINIZ, Daniela. Escolha de Sofia. *Exame*, Edição 767. p.88-105. Maio 29, 2002.

EBONET. Internet mostra desenvolvimento de bebê de proveta. Disponível em: <www.ebonet.net/canais/verprn.cfm?m_id=3417> Acesso em 18/04/2002.

ESCOBAR, Herton. Fertilização assistida começa a virar mania. *O Estado de São Paulo*. Disponível em: <http://www.estado.estadao.com.br/editorias/2001/07/15/ger012.html>. Acesso em: Fevereiro 27, 2001.

FERTILIZAÇÃO assistida começa a virar mania. *Estadao.com.br,* 15/07/2001. Disponível em: www.estado.estadao.com.br/editoriais/2001/07/15/ger012.html.

GIBBS, Nancy. Nova teoria diz que ter filho depois dos 40 pode realmente ser tarde demais. *Time*, Abril 8, 2002.

HEWLETT, Sylvia Ann. Sucesso profissional ou maternidade? *Exame*. Ano 36, No. 11, 29 de maio de 2002

MARINI, Eduardo. Nova geração. Estudo feito no Brasil pode criar técnica para se obter óvulos em laboratório. *Istoé*, Março 8, 2001. Disponível em: http://www.terra.com.br/istoé/1640/medicina/1640_nova_geração.htm. Acesso em: Dezembro 7, 2002.

NASCEM bebês geneticamente modificados. *O Estado de São Paulo*. Maio 5, 2001.

ROBERTSON, Tatsha. Congelar esperma passa a fazer parte da rotina de americanos que se despedem para ir à guerra. *The Boston Globe.* Disponível em: Uol Mídia Global. Acesso em: Fevereiro 2, 2003.

TARANTINO, Mônica. Cegonha a prazo. Clínicas facilitam o pagamento e assinam contrato com convênio para aumentar o acesso aos tratamentos contra infertilidade. *Istoé,* 1751, 23/04/2003, p. 44-45.

NOVO MILÊNIO. *Clínica de fertilidade mostra imagens na Web. É brasileira a primeira clínica do mundo a oferecer acompanhamento de ciclos de fertilização pela Internet.* Disponível em: <www.novomilenio.inf.br/ano02/0202b001.htm> Acesso em 24/03/2002.

WWW mulher. *Fertilização assistida!* A tomada de decisão Disponível em: <www.wmulher.com.br/colabora/b_2000/fertilizacao_assistida.htm> Aacesso em 19/04/02.

Páginas eletrônicas das clínicas de Reprodução Assistida

ANDROFERT <www.androfert.com.br> Acesso em: 01/04/2001.

ANDROMET <www.geocites.com/clinica_andromet> Acesso em: 24/03/2002.

ASSOCIAÇÃO PARA O ESTUDO DA FERTILIDADE. <www.fertivitro.com.br> Acesso em: 24/03/2002

CENAFERT <www.cenafert.com.br> Acesso em: 30/04/2002.

CENTER FOR HUMAN REPRODUCTION <www.centerforhumanreprod.com> Acesso em: 16/05/2003.

CENTRO DE ENDOSCOPIA PÉLVICA E REPRODUÇÃO HUMANA <www.ceperh.com.br> Acesso em 09/04/2001.

CENTRO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA <www.reproducaoassistida.com.br> Acesso em: 23/11/2001.

CENTRO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA FÊMINA – CRAFT <www.crafemina.com.br> Acesso em: 18/04/2002.

CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA – MATERNIDADE SINHÁ JUNQUEIRA <www.crh.com.br> Acesso em 09/04/2001.

CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA <www.reproducaohumana.com.br> Acesso em: 01/03/2000

CENTRO INTEGRADO DE REPRODUÇÃO HUMANA DE BRASÍLIA <www.ambr.com.br> Acesso em: 24/03/2002.

CLÍNICA DALE & CEMERJ <www.clinicadale.com.br> Acesso em: 01/03/2000.

CLÍNICA E CENTRO DE PESQUISA EM REPRODUÇÃO HUMANA ROGER ABDELMASSIH. Nossos bebês. Disponível em: <http://www.abdelmassih.com.br/nossosbebes/index1.html> Acesso em: 24/03/2000.

_____ *A clínica.* Disponível em: <http://www.abdelmassih.com.br/aclinica/index.html> Acesso em: 27/07/2001.

_____ *Tratamentos.* Disponível em: <http://www.abdelmassih.com.br/tratamentos/resultados.html> Acesso em: 27/07/2001.

_____ *Proteja sua fertilidade.* O presente para o dia da criança de 2003, 2004, 2005, 2006... Disponível em: <http://www.abdelmassih.com/fertilidade/home/html> Acesso em: 01/02/03.

_____ *1o. Prêmio de Pesquisa em Reprodução Roger Abdelmassih*. Disponível em: <http://www.abdelmassih.com.br/pop/regulamento.html> Acesso em: 23/04/03.

_____ *Passos da fertilização.* Disponível em: <http://www.abdelmassih.com.br/casal-passos.cfm> Acesso em 17/08/2003.

CLÍNICA MATRIX. *Clínica.* Disponível em: <http://www.crhmatrix.com.br/principal.htm> Acesso em: 18/04/02.

CLÍNICA PRÓ-CRIAR / MATER DEI <www.pro-criar.com.br> Acesso em: 24/03/2002.

CONCEPTUS <www.clinicaconceptus.com.br> Acesso em: 24/03/2002.

CRAFT- Fertilização in Vitro. Disponível em: <http://www.crafemina.com.br/Info_Tecnicas.htm> Acesso em: 14/02/2001.

DIASON. *Fertilização in vitro:* descrição do ciclo de tratamento. Disponível em: <http://www.diason.com.br/default.asp?corpo=medrep&doc=III> Acesso em: 18/04/2002.

_____ *VIII. Fertilização in vitro:* efeitos colaterais da medicação. Disponível em <http://www.diason.com.br/default.asp?corpo=medre&doc=VIII#ini> Acesso em 18/04/02.

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/UNIFESP *Convênios.* Disponível em: <http://dpd20.epm.br/hsponline/estru/conv/index.html> Acesso em: 18/04/02.

_____ Setor de Reprodução Humana. *Reprodução Assistida.* Disponível em: <http://www.unifesp.br/grupos/rhumana/repass.htm> Acesso em: 18/04/02.

FÊMINA <www.crafemina.com.br> Acesso em: 24/03/2002.

FERTICLIN <www.fertiliclin.com.br> Acesso em 24/03/2002.

FERTICLINICA <www.ferticlinica.com.br> Acesso em: 18/04/2002.

FERTILE Diagnóstico <www.fertile.com.br> Acesso em 23/11/2002.

FERTILIS <www.dglnet.com.br/fertilis/> Acesso em: 24/03/2002.

FERTILATAT. Aspectos epidemiológicos do arrependimento de esterilização feminina definitiva. *Boletim Informativo.* N.1, Ano X, julho-setembro, 2000. Disponível em <http://www.fertilitat.com.br/publicacoes.htm#aspetosepidemiologicos>. Acesso em 07/07/02.

FERTILITY <www.fertility.com.br> Acesso em: 09/10/2001.

FERTILITY.WORLD.ORG <www.fertilityworld.org> Acesso em 09/10/2001.

FERTITECH <www.fertitech.hpg.ig.com.br> Acesso em: 24/03/2002.

HUMAN FERTILISATION AND EMBRYOLOGY AUTHORITY <www.hfea.gov.uk> Acesso em: 03/10/2002.

HUNTINGTON – CENTRO DE MEDICINA REPRODUTIVA. <www.huntington.com.br> Acesso em 30/04/2002.

INSTITUTO PAULISTA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA <www.opgo.com.br> Acesso em: 01/03/2000.

_____ *Tratamento da "infertilidade" na menopausa.* Disponível em: <http://www.ipgo.com.br/menopausa.htm> Acesso em: 01/03/2000.

_____ *Medicina fetal.* Disponível em: <http://www.ipgo.com.br/med_fet.htm> Acesso em: 01/02/03.

_____ *Projeto Baby Bag.* Disponível em: <http://www.ipgo.com.br/proj_bb1.htm> Acesso em: 01/02/03.

_____ *Projeto fertilizando sonhos.* Disponível em: <http://www.ipgo.com.br/proj_fs.htm> Acesso em: 01/02/03.

_____ *Tratamento da infertilidade após os 35 anos.* Disponível em: <http://www.ipgo.com.br/trintaecinco.htm> Acesso em: 01/03/2000.

LABORATÓRIO ORGANON <www.organon.com.br> Acesso em: 01/03/2000.

MAN NOT INCLUDED.COM <www.mannotincluded.com> Acesso em: 24/05/2003.

ORIGEM <www.origem.com.br> Acesso em: 01/03/2000.

PROCRIAR <www.procriar.med.br> Acesso em: 24/03/2002.

PRÓ-EMBRYO <www.proembryo.com.br> Acesso em 23/11/2002.

PROFERT – Plano cegonha. Disponível em: <http://www.profert.com.br/plano.cegonha.htm> Acesso em 24/03/2000.

REPROFERTY <www.reproferty.com.br> Acesso em 23/11/2002.

SÊMION – Guia prático para casais. Disponível em: <http://www.semion.med.br/guia.htm> Acesso em: 18/04/2002.

SERVIÇO DE ECOGRAFIA, GENÉTICA E REPRODUÇÃO HUMANA - SEGIR <www.seguir.com.br> Acesso em 09/04/2002.

APÊNDICE
O contexto demográfico

A avaliação de risco de infertilidade de uma população não pode se reduzir à consideração dos aspectos fisiológicos. É necessário contemplar uma complexidade de fatores sociais e culturais, como a inserção das mulheres na vida profissional, idade, tempo de relações e casamento, uso de métodos contraceptivos, tipo de vida (dieta, prática de exercícios, fumo, álcool), assim como os fatores ambientais. Essas condições, que variam segundo as diferentes populações, podem aumentar o risco de infertilidade (Spinelli[3] *apud* Barbosa, 1999). As estimativas demográficas de infertilidade também se realizam na base de ausência de filhos ou de nascidos vivos de mulheres em idade reprodutiva, sem considerar a decisão do casal ou da mulher de não ter filhos.

A configuração e expansão dos serviços de RA é um fenômeno multicausal, no qual estão em jogo aspectos que vão além do escopo desta tese. Trazer os aspectos relativos às mudanças demográficas pode oferecer um contexto mais detalhado para a compreensão do objeto analisado.

Pfeffer (1993), ao localizar as políticas de medicina reprodutiva na economia política, destaca que a taxa de nascimentos está atrelada ao crescimento econômico do Estado, fazendo com que, em alguns momentos, as políticas sejam pró-natalistas e, em outros, anti-natalistas. Os demógrafos consideram que as mudanças nas taxas de nascimento e morte estão atreladas às mudanças no processo de industrialização.

Países desenvolvidos, como a Grã-Bretanha, Segundo Pfeffer, entraram num período de substancial declínio populacional no período pós-guerra. O tamanho da família tornou-se um indicador do *status* econômico e político das nações. A ausência de filhos teve diferentes significados conforme as políticas de cada momento. A interessante e documentada análise da autora aponta que não ter filhos tornou-se um indicativo da efetividade das estratégias dos serviços de planejamento familiar. Todavia, a ausência de filhos ressurgiu como uma questão de grande importância depois de 1978, ano de nascimento da primeira bebê de proveta na Inglaterra. A infertilidade se configurou, nesse momento, como uma nova doença que, semelhante a HIV/Aids, foi atingindo proporções de epidemia. A teoria mais popular, explica este fenômeno como decorrente do adiamento da maternidade, em benefício de logros profissionais e econômicos e dos fatores tóxico-ambientais, que provocaram diminuição da fertilidade masculina. Outros atribuem

[3] Spinelli, Ângela. Prevalenza dell'infertilità: stato attuale delle conscenze e presentazione di um nuovo studio. In: Pizzini, F. e Lombardi, L. (Org.) *Madre probeta – costi, benefici e limiti della procreazione artificiale.* Milano: Franco Angeli, 1994.

esse incremento à visibilidade dada à infertilidade, mediante estratégia s publicitárias dos serviços de RA.

Ao observar o contexto demográfico brasileiro recente, que proporciona um pano de fundo para pensar a aceitação e expansão da RA no país, a primeira questão a ser considerada é o aumento das separações jurídicas. Apoianda nos Censos de 1960, 1970 e 1980 e nas estatísticas do Registro Civil de 1960 a 1985, Berquó (1989) chama a atenção para o crescimento acelerado nas taxas de separações judiciais nos últimos anos: 0.8 em 1960; 1.7 em 1970; 6.1 em 1980 e 13.3 em 1985 para cada 10.000 pessoas.

Na maioria dos casos (86%), as mulheres ficaram com a guarda dos filhos. O número de famílias monoparentais do tipo mãe-filhos aumentou (de 7,7% para 9,1% entre 1970 e 1980) em relação ao tipo pai-filhos (caiu de 1.5% para 1.4% no mesmo período). Os dados também mostram que os homens recasam mais do que as mulheres, escolhendo, geralmente, parceiras mais novas, o que faz supor um certo tipo de circulação de homens na sua função matrimonial e reprodutiva.

Berquó observa, também, o aumento da proporção de mulheres solteiras que tiveram filho (3.0% em 1960 e 7.5% em 1980) como um indicador do processo de mudanças no comportamento, concluindo que a vivência da maternidade se configura como uma necessidade para um grupo de mulheres mais independentes, porém, não restrita à instituição familiar. Frente às poucas chances de casamento heterossexual para as mulheres, na medida que a idade vai aumentando, elas estariam optando por ter uma família "incompleta", nos termos do modelo tradicional nuclear, no lugar de não ter nenhuma.

Ao projetar a família brasileira no século XXI, a autora observa que as mudanças de comportamento seriam similares às observadas em países mais industrializados do ocidente: "Estas semelhanças se fundam, a nosso ver, em conquistas tecnológicas e sociais que transcenderam continentes e se instalaram em maior ou menor grau nos diversos países." (Berquó, 1989, p.13). Indica, ainda, a determinação do movimento feminista nesse processo, cuja luta pela auto-realização afeta os desejos e as decisões de iniciar e terminar uniões conjugais. Essa dinâmica tem efeitos sobre o celibato, iniciação de uniões conjugais, tipo de união, duração, ruptura e recasamentos.

O percurso do controle da fecundidade no Brasil oferece dados, particularmente importantes, sobre a alta incidência de esterilização cirúrgica. Segundo Berquó (1993), as taxas de esterilização no Brasil (29.3%) representam mais que o dobro das verificadas nos países desenvolvidos (11.4%), e são ainda maiores que as de países menos desenvolvidos (22.3%).

Esses dados têm particular importância se pensarmos que a alta freqüência desse método e as condições nas quais ele é praticado podem conduzir, em alguns casos, ao arrependimento, induzindo à procura de RA.

Os antecedentes históricos e sociais dessa prática levam a interessantes conexões. No Estado de São Paulo houve uma considerável queda de fecundidade no contexto nacional: 8.5% entre 1960 e 1970 e 22% entre 1970 e 1980. Para Berquó (1986), essa diminuição só pode ser explicada pela regulação voluntária da natalidade. A esterilização feminina aparece, depois do uso da pílula, como o meio mais freqüente para evitar a gravidez, especialmente nas áreas rurais do estado. Haveria uma estreita relação entre o parto cirúrgico e a esterilização feminina. Após a política do INAMPS, de remuneração diferenciada para cesárea e parto vaginal, houve um considerável crescimento da cesariana no país: em 1971, 15% dos partos correspondia a cesáreas, porcentagem que aumentou para 30% em 1980. No mesmo período, o percentual se elevou de 17.5% para 36% em São Paulo, sendo que, em 1981, foi de 43.4% (Berquó, 1996).

Diversas autoras denunciam a associação dessa dinâmica com o desenvolvimento de atividades específicas em planejamento familiar, coordenadas por duas instituições privadas no país: a Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar (BEMFAM) e o Centro de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CEPAIMC), que recebem fundos de entidades estrangeiras. Em 1981 foi criada a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF), a maior do gênero na América Latina, com capacidade para prover equipamentos, laboratórios, consultórios, material didático e métodos contraceptivos para as clínicas filiadas.

Berquó assinala o alto crescimento das mulheres esterilizadas em São Paulo: de 16.1% em 1978, para 27.7% em 1983. Se acrescentarmos a porcentagem de homens vasectomizados, a estimativa aumenta para 31.8% – porcentagem de casais onde pelo menos um é esterilizado. A autora manifesta preocupação com o fato dessas cirurgias terem sido feitas em mulheres jovens: 50% das esterilizadas tinham menos de 30 anos.

A mesma autora releva que no momento da pesquisa (1986) a esterilização atingia mulheres de todos os níveis de escolaridade, sendo mais freqüente em mulheres com menor nível (36% eram analfabetas ou tinham curso primário incompleto e 26% tinham ginásio, colégio ou curso superior). No entanto, essa tendência não parece ser generalizada no país. Em pesquisada realizada no Nordeste, Perpetuo (2000) observou que as mulheres com maior nível educacional apresentam maior probabilidade de esterilização. Segundo a autora, para avançar no conhecimento dos determinantes da disseminação da esterilização no país é necessário compreender porque as mulheres com melhores condições de vida, maior acesso a recursos e maior nível de informação optam menos por métodos reversíveis.

A alta prevalência de esterilização cirúrgica no país somada ao aumento na taxa de divórcios e de recasamentos potencializa o risco de arrependimento. A pesquisa realizada no Ambulatório de Reprodução Humana do Hospital São Lucas da PUC, Rio Grande do Sul, aponta a

presença de um grupo de mulheres que, após laqueadura, procura os serviços médicos para reanastomose tubária. Nesse ambulatório, foram identificados 22 casos (8,53%) de obstrução tubária causadas pela laqueadura. A idade média das mulheres que procuram reverter a cirurgia é 35.1 anos, e tinham em média, 26.9 anos no momento da laqueadura. O tempo transcorrido entre a laqueadura e o desejo de um novo filho foi de 7.8 anos. O principal fator de arrependimento foi o recasamento e, em decorrência, o desejo de ter um filho na nova relação. Em 13, dos 19 casos de recasamento, o parceiro não tinha filhos (Fertilitat, 2002).

Barbosa (1999) e Ferreria (1998) afirmam que a precariedade da assistência à saúde da mulher, no país, estaria contribuindo para a formação de um ciclo de construção social da infertilidade –cesáreas / esterilização cirúrgica / aborto clandestino / infertilidade / reprodução assistida. Barbosa, ao analisar dois serviços de RA, um público e outro privado, considera que uma proporção considerável de infertilidade é decorrente do tipo de atendimento à saúde das mulheres e do abuso de tecnologias reprodutivas –contracepção mal orientada, excesso de partos cesáreos e laqueadura. A autora aponta que a construção da infertilidade se deve mais a fatores sociais do que biológicos. Em contraste, nos países onde essas tecnologias seriam produzidas haveria a intenção de corrigir a natureza, adequando-a às mudanças verificadas nas práticas reprodutivas das mulheres que adiam o projeto de maternidade.

ANEXO 1

Comparativo entre os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional e a Resolução do CFM