



TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS E AS TRANSIÇÕES DA FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA

Lucila Scavone

Profa. Titular Depto Sociologia
PPGS/UNESP/Ar/Pesq.I/CNPq.

O objetivo deste texto é discutir as implicações sociais do consumo crescente das Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (TRC) na sociedade brasileira e, especialmente, analisar as transformações que provocou nas relações de sexo/gênero dentro e fora da família. As TRC, também chamadas no Brasil de Reprodução Assistida (RA), ou de Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR) constituem-se em um conjunto de procedimentos médicos-tecnológicos que foram desenvolvidos para possibilitar às pessoas inférteis realizarem a procriação fora da relação sexual, com material genético próprio, ou de doadores. Cada um destes três termos traz uma particularidade própria para designar as tecnologias de reprodução humana, que vão além do sentido técnico e imediato que lhes é atribuído. A análise de seus significados históricos, culturais, sociais e políticos contribuirá para a melhor compreensão dos propósitos desta comunicação.

Começemos pelo **conceito de Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR)**, que adjetiva estas tecnologias como novas. Nem tão novas na História como a contemporaneidade lhes representam, mas certamente inovadoras em seus incessantes desdobramentos. No final do século XVIII, o italiano Lazzaro Spallazani descobriu, por meio de experimentos com fecundação em animais, que a reprodução era possível fora das relações sexuais, o que contrariava a ideia corrente daquele período “que o orgasmo da mulher na relação sexual era essencial à fecundidade”. No decorrer do século XIX já se fazia, “discretamente, uso do método de **Inseminação Artificial (IA)**, há mesmo a notícia de um processo contra um médico que o praticava em Bordeaux”. Havia, então, como norma um julgamento moral desta técnica, que a “considerava imoral, escandalosa”. O fato de que o esperma de um doador pudesse suprir o esperma de um marido infértil reforçava “o caráter quase clandestino do procedimento”. De fato, o Vaticano em 1897, condenou a reprodução humana por IA. (BATEMAN, 2004, p.901).

Por outro lado, o processo de institucionalização, aceitação social e cultural destas técnicas se acelerou pelos meados do século XX, especialmente após o término

da segunda guerra mundial, no contexto das inovações científicas e tecnológicas da nova fase de expansão do capitalismo. ”O primeiro ensaio de Fecundação *in vitro* (FIV) de um ócito humano foi nos Estados Unidos, nos anos 1940, e a primeira tentativa registrada como sucesso ocorreu em 1959”. A transferência dos embriões fecundados *in vitro* para as mulheres teve início nos anos 1970 e o primeiro bebê de proveta nasceu em 1978. (LÖWY, Lana et MARRY, Catherine, 2007 p.127-8). Há referências anteriores e esparsas, sobre a questão eugênica que motivou inúmeras pesquisas desta área por médicos americanos e, também, nos campos de concentração nazistas.

A criopreservação do sêmen, por exemplo, teve início nesses começos e de lá para cá as técnicas relacionadas à FIV se aperfeiçoaram e se tornaram mais complexas, como por exemplo, a **injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)**, que imobiliza um único espermatozoide dentro do óvulo e resolve problemas de infertilidade masculina; o **diagnóstico genético pré-implantação (PGD)** que possibilita detectar doenças genéticas e anomalias cromossômicas antes da transferência do embrião para o útero. Ressaltam-se, também, os procedimentos de **criopreservação dos gametas e dos embriões** excedentes viáveis - em geral são mais de um em cada processo de FIV – que podem ser doados pelas mulheres (e/ou casais) que os fecundaram para outras mulheres (e/ou casais) inférteis; ou ainda, para o uso em pesquisas com células-tronco. Há os casos, também, da demanda de embriões congelados, após a morte de um dos membros do casal, que havia se submetido à FIV, para nova inseminação.

A possibilidade de utilização no futuro do útero artificial (ectogênese), cujas experiências com animais já estão em curso, dispensará os “úteros de aluguel” e possibilitará que a reprodução seja, em todas suas fases, extracorpórea. (ATLAN, 2005). Além disto, há, também, no horizonte mais longínquo a clonagem humana, técnica que vem sendo desenvolvida e experimentada, com relativo sucesso, nos animais. A ovelha Dolly foi o primeiro mamífero que nasceu por clonagem, em 1997 e foi sacrificada em 2003 por problemas pulmonares; outras experiências foram realizadas posteriormente, com sucesso, mas evidenciaram problemas recorrentes de saúde em animais clonados. O ineditismo destas técnicas se adéqua bem ao conceito de Novas

TR, as quais incluiriam tanto as “técnicas clássicas” (IA), as técnicas mais recentes (FIV com suas variantes, como ICSI) e aquelas que estão por vir, como a clonagem humana, a qual suscita questões éticas, sociais, filosóficas complexas. (DAVHERNAS-LÉVY, 1999 p.182).

Por sua vez o **conceito de Reprodução Assistida (RA)** nas línguas francesa e inglesa, inclui o envolvimento médico no procedimento: Assistance Médicale à La Procréation (AMP) ou Medically Assisted Human Reproduction (MAHR). No Brasil, a tradução aproximada eliminou a referência à assistência médica, talvez por uma questão linguística, ou ainda por motivos culturais, ou morais (a pesquisar); mas, apesar desta omissão a RA no país está sempre associada às Clínicas Médicas de Fertilização (privadas) e aos Hospitais Públicos, isto é, implica em assistência médica à reprodução humana. O conceito - com referência explícita ou implícita aos médicos - significa que a infertilidade é uma doença a ser tratada pela Medicina, além de sugerir o caráter múltiplo do **acompanhamento** clínico: são inúmeros os personagens que participam das diferentes etapas da reprodução, não só os médicos/as, biólogos/as e as equipes hospitalares (enfermeiras/os, psicólogos/os). Além deles, há os/as doadores/as anônimos de sêmen e/ou de óvulos; as mães barrigas de aluguel; todos /as constituindo, com os futuros progenitores, o já que foi denominado como *'família artificial'*. (SNOWDEN e MITCHELL, 1984). Interessante observar que nas entradas destas Clínicas há seguidamente fotos dos médicos e sua equipe “com seus bebês”. Em síntese, são os saberes médicos-científicos que colocam no mercado de bens materiais e simbólicos os poderes instituídos, reconhecidos e socialmente legitimados à efetivação das práticas de RA.

“No plano normativo, o deslocamento do ato da fecundação para o meio hospitalar modifica o quadro de referência: a procriação nessas circunstâncias não estaria mais no âmbito da vida íntima, mas do ato médico. Os médicos, que se tornaram profissionais em fecundidade, adquirem o poder de intervir em decisões fundamentais relacionadas ao projeto de ter filhos dos casais que eles tratam” (BATEMAN, 2004, p.902).

O **terceiro conceito** em pauta é o de **Tecnologias Reprodutivas Conceptivas**, que abrange as Tecnologias Reprodutivas Contraceptivas e as Conceptivas. Este

conceito tem como particularidade a ideia que todas as **Tecnologias Reprodutivas (TR)** representam, de diferentes maneiras, a intervenção tecnológica nas funções reprodutivas humanas. Ressalta-se que estas técnicas são aplicadas no corpo humana e, em geral, direcionadas ao corpo feminino. As Tecnologias Reprodutivas Contraceptivas e/ou abortivas (pílulas de diversas gerações e/ou do dia seguinte, DIU, injetáveis, implantes subcutâneos, esterilização feminina, vasectomia, aborto,) são reguladas nos países centrais, quanto aos seus benefícios e riscos. A esterilização feminina na França, por exemplo, não é considerada “método” (aqui fazemos usos de aspas, dado o caráter definitivo deste procedimento), já que um método contraceptivo pode ser interrompido no momento em que as usuárias/os desejem ter um filho. Por outro lado, nesses países, o aborto é integrado às práticas sociais e culturais e legitimado juridicamente, o que, não é o caso do Brasil e da maioria dos países da América Latina.

O uso do conceito TRC refere-se, também, a uma particularidade da contracepção no Brasil (e de outros países como a Índia, por exemplo) onde a esterilização feminina é um dos “métodos” contraceptivos mais utilizados, por mulheres em idade procriativa. No Brasil, isto ocorreu em ritmo crescente desde o os anos 1980: mulheres muito jovens e sem filhos/as se esterilizaram. A ampla utilização deste “método” no país passou de política demográfica controlista para uma prática contraceptiva, não regulada por lei, inclusive referida como “cultura da esterilização” das mulheres brasileiras (BERQUÓ, E. 1993). Finalmente foi regulamentada por lei federal em 1997, o que possibilitou o acesso de esterilização feminina e masculina (vasectomia) pelo SUS e conter abusos: definiu a idade mínima acima de 25 anos e, também, ter tido pelo menos dois filhos/as. Verificamos na pesquisa em pauta neste texto - *“Tecnologias Reprodutivas: maternidade e paternidade em transição”*- que a prática da esterilização feminina e da vasectomia masculina levou mulheres e homens, em outro momento de suas vidas, a recorrerem às TRC.

Cabe lembrar, por fim, o conceito de **Bioteχνologias**, que embora não esteja mencionado no início deste texto e não seja amplamente utilizado como sinônimo das TRC é seguidamente referido para designar o conjunto das tecnologias médicas que investem na vida, inclusive, as de Reprodução Humana. Utilizado por Cientistas

Sociais, Filósofas/os, Feministas, Juristas, Médicos/as, Biólogos/as, - com seus desdobramentos específicos como os de **Bioética**, ou de **Biodireito** – para compreender as consequências sociais, culturais, políticas e filosóficas da **engenharia genética**. O conceito de Biotecnologias pode ser remetido ao conceito foucaultiano de **Biopoder**: controle da população por meio da produção dos saberes disciplinares especializados e pela incitação aos discursos, com a finalidade de tornar “a gestão da produção menos dispendiosa”; ao invés de reprimir a sexualidade, produzir saberes e discursos sobre ela, com resultados menos custosos e mais imediatos. (FOUCAULT, 1976; LOYOLA, 2003). O exercício da **Biopolítica** representa uma ampla “medicina social” que se impõe à população com finalidade de governar a vida que, a partir do nascimento do Liberalismo, vai fazer “parte do campo de poder” (REVEL, 2008, p.26; 109).

Para as questões relativas às TRC há **legislações** diversas em cada país. Na França, por exemplo, além de existirem leis que regulamentam estas práticas, muitas das situações-limites geradas por esta prática, como a reprodução post-mortem, por exemplo, passam obrigatoriamente pelo Comitê Consultivo Nacional de Ética (BATEMAN, 2003 p.70). Nesse país há, também, um debate público mais amplo que no Brasil, que ainda não dispõe de legislação federal específica sobre as TRC.

No Brasil, as TRC são normatizadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que, somente no final de 2010, atualizou a resolução de 1992, que até então lhe norteava. Entre as mudanças apontadas: o capítulo sobre os “Usuários das Técnicas de RA”, antes, destinadas somente à mulher, que se casada ou em união estável, necessitava da autorização do cônjuge ou companheiro para fazer o procedimento. Nas Novas Normas os Usuários das TRC são “todas as pessoas capazes” o que implica não restringir a orientação sexual na demanda. Além disto, há maior controle do número de transferência de embriões, segundo a idade da mulher, para evitar o excesso de gametas e embriões extranumerários. Há, também, aceitação da utilização de material biológico criopreservado post-mortem, “*desde que haja autorização prévia do/a falecido/a*”. A questão da Doação temporária do Útero é autorizada para pessoas da família com até segundo grau de parentesco e não pode ter caráter lucrativo ou comercial. (Resolução CFM 1.957/10, “Normas Éticas para a Utilização das Técnicas de Reprodução

Assistida”). O uso terapêutico dos embriões excedentes para pesquisas em células-tronco foi autorizado pela Lei de Biossegurança 11/05/2005, determinou a destruição dos embriões em 5 dias para extrair estas células.

Por outro lado, a Lei que autorizou a parceria civil para casais homossexuais, aprovada pelo STF, em maio de 2011, não faz referência à adoção ou à RA, o que evidencia ainda o caráter polêmico da ‘família homossexual’. Na França, a filiação por adoção entre casais homossexuais foi um dos aspectos mais polêmicos do PACS (Pacto de Solidariedade Civil), isto porque, o PACS não previa o direito de adoção, mas, a filiação por TRC o que de um lado, fortalecia a legitimidade do parentesco sanguíneo e de outro, a “pureza da cultura francesa” (BUTLER, 2003).

TRC: Discursos Feministas e de Gênero

Os estudos feministas (a partir dos anos 1970) e os estudos de gênero (dos anos 1980 em diante) produziram uma considerável reflexão sobre as TRC, sob a ótica da Antropologia, Sociologia, Biologia, Ciência, Filosofia, Política, História. O debate se divide em diferentes vertentes, relacionadas às épocas e países de onde emergiram e/ou às posições teóricas e políticas dos discursos feministas e de gênero.

Nos anos 70, uma corrente da crítica feminista vislumbrava nestas tecnologias a possibilidade de novas escolhas e saídas para as mulheres, como tinha ocorrido com a pílula contraceptiva. A submissão do corpo das mulheres, especialmente, no que se referia à maternidade - tida, para a corrente igualitária do Feminismo, como a principal causa da opressão das mulheres – seria resolvida. Nesta visão, o desenvolvimento destas tecnologias contribuiria para libertar os corpos femininos do fardo corporal da maternidade e possibilitar que as mulheres desenvolvessem todas suas potencialidades. BEAUVOIR (1974/1949) no seu clássico “O Segundo Sexo” expressava esta posição, ao considerar que a biologia feminina seria um empecilho à igualdade entre os sexos.

FIRESTONE (1976), expoente do feminismo radical americano dos anos 1970, considerava que o advento dos bebês de proveta seria a solução para a libertação das mulheres e já levantava a possibilidade de que, no futuro, eles seriam inteiramente gestados fora do útero. Libertar as mulheres da maternidade seria libertá-las *tout court*.

Dos anos 1980 em diante foram construídos outros discursos feministas norte-americanos e europeus que apontavam vários problemas na realização das TRC. As TRC aumentavam o controle social sobre o corpo, à reprodução e à maternidade. Algumas feministas expoentes deste debate - nos Estados Unidos, COREA (1985), na França, LABORIE (1988, 1996, 2000), ROUCH (1991) DHAVERNAS (1991) – apontavam que as TRC: causavam danos à saúde das mulheres e das crianças nascidas desses procedimentos; provocavam uma nova imposição da maternidade; intensificavam as determinações biológicas da filiação, entre outras. Subjacente a estes temas, a problemática do corpo/gênero ganhava força, pois todo o procedimento de FIV expunha mais do que nunca os corpos femininos a um longo processo de tentativas de fertilização.

Os procedimentos técnicos do filho “a qualquer preço” e do “próprio sangue” foram criticados por STOLCKE (1991, p.80). O “qualquer preço” não constituía só o alto preço de um bebê de proveta nas Clínicas de RA, mas, sobretudo, o desgaste físico e psíquico pelo qual passam as mulheres que se submetem à implantação de embriões: a alta ingerência de hormônios na fase de estimulação ovariana, além da insegurança sobre o êxito, já que o sucesso deste procedimento, raramente, acontece na primeira tentativa. Por outro lado, este desejo sem preço da maternidade estaria, também, atender ao desejo da paternidade, cuja realização reafirma e exalta a virilidade, especialmente em regiões onde o machismo é acentuado. A questão do “filho do próprio sangue” traz à tona tanto a importância das características raciais, de definição dos sexos, entre outras, no sentido de uma intenção pelo “aperfeiçoamento da raça e/ou da espécie”, que pode estimular políticas eugênicas. De fato, a procura dirigida em bancos de esperma revela até onde é possível controlar as características físicas do futuro embrião. Há, também, neste princípio uma afirmação biológica da filiação que incide em uma estrutura tradicional da família e do parentesco. FONSECA (2002, p. 273) lembra com

propriedade, que as NTC foram cunhadas “*para permitir praticamente a todo indivíduo (com parceiro ou sem) a engendrar filhos de seu sangue*”, e com isto, estas tecnologias enfatizam o elemento biológico na composição das famílias contemporâneas. A *escolha reflexiva* da maternidade, da paternidade, ou da parentalidade – que foi facilitada pelas Tecnologias Reprodutivas – constitui-se em uma escolha que reafirma de “forma estridente”, segundo a autora, a filiação consanguínea.

Por outro lado, STRATHERN (1995) sob uma ótica antropológica e feminista analisou, a demanda recorrente de RA por mulheres virgens em clínicas de fertilização da Inglaterra. Pelo seu caráter não normativo, foi objeto de um simpósio intitulado de “Síndrome do Nascimento Virgem”, conceito que revela uma patologia. Os especialistas presentes concluíram que “*as necessidades das crianças incluem a necessidade de um pai*”. A autora analisa que as tecnologias conceptivas possibilitam diferentes tipos de mães (doadora do óvulo; a que carrega no útero; aquela em que o útero é inseminado), mas, mesmo assim “*não há a possibilidade de filhos ‘sem mãe’*”. Por sua vez, para a paternidade, “*dentro ou fora do casamento há sempre a possibilidade de que uma criança nasça ‘sem pai’*”. O desejo da mulher de ter um filho sem o pai, e mais ainda, sem a relação sexual é uma forma das mulheres, não só subverterem o uso tradicional da RA, mas, sobretudo, de considerarem “*as possibilidades tecnológicas pelo que elas podem fazer – contornar a necessidade de intercurso sexual – e não por seu valor substitutivo*”. (STRATHERN, p.308/9).

BRAIDOTTI (2003) filósofa feminista deleuziana explana suas posições atuais sobre as NTC (inicialmente as criticou) e constata que a separação entre natureza e cultura está cada vez mais fluída. Assim, ressalta “*o potencial liberador e transgressivo destas tecnologias*” (não só as TRC, mas o conjunto de tecnologias utilizadas em todos os domínios sociais) que possibilitariam uma “*maneira pós-humanista de encarar a subjetividade e a interação ética humana*”.

Propõe o desenvolvimento de uma “*ética da viabilidade*” para afrontá-las que não consistiria somente no sentimento de “*compartilhar riscos*”, mas, também no “*orgulho suscitado pelas realizações tecnológicas e a riqueza que lhes acompanha*”. Na teoria desta autora há a proposta de ir contra a apropriação predadora destas

tecnologias, que insistem em recuperá-las sob uma concepção “*branca, masculina, capitalista e normatizada do sujeito*”. (BRAIDOTTI p.39/40).

A pós-feminista, bióloga e filósofa, Donna HARAWAY (1994, p. 244/245) considera que com as possibilidades das Novas Tecnologias, em todos os domínios, não há mais separação entre natureza e cultura, entre os humanos e os animais. Uma nova criatura emerge desta nova situação: o *cyborg*. “*Criaturas simultaneamente animal e máquina que habitam mundos ambigualmente naturais e construídos*” (...) “*criatura em um mundo pós-gênero, sem, entretanto, nenhuma relação com a bissexualidade*”, ou com outras características identitárias orgânicas. Esta proposta de entendimento do mundo como um “sistema informacional polimorfo” rompe a identificação do *cyborg* com a natureza. “*Não podemos voltar atrás ideológica ou materialmente*”, adentramos o mundo da simulação. Neste mundo a “*reprodução sexual é um tipo de estratégia reprodutiva dentre muitas, com custos e benefícios como qualquer função do ambiente do sistema*”, logo as possibilidades de reprodução para o *cyborgs* não parariam na RA, continuariam seu ritmo racional de desenvolvimento.

Por fim, boa parte das feministas brasileiras, considera que estas tecnologias atendem ao desejo de maternidade (e/ou paternidade) e que, portanto, deveriam ser tratadas social e politicamente dentro da ótica dos **direitos sexuais e reprodutivos** (ARILHA, 1996, p.199). A crítica de seus efeitos à saúde e aos riscos tecnológicos, também, é corrente no país (GROSSI et alli., 2003; LOYOLA, 2003).

Maternidade e Paternidade em transição?

O conjunto das reflexões acima nos levou a realizar a pesquisa “*Tecnologias Reprodutivas: maternidade e paternidade em transição*” (CNPq/UNESP/2006-8) com a intenção de observar as transformações que ocorreram nas relações de gênero com homens e mulheres que fizeram recurso às TRC, especialmente, nas experiências da maternidade e da paternidade. Com as crescentes recomposições familiares ocorridas nos últimos anos, o conceito de família conjugal fixa está frágil, portanto, é mais adequado se falar de famílias, ou de “redes familiares”, ou ainda de um “campo

familiar”, permeado pelas relações de gênero. Neste campo, as práticas da maternidade, da paternidade e da filiação estão em constante luta e mutação. Esta pesquisa foi realizada com mulheres e homens heterossexuais (o atendimento no serviço público, quando fizemos a pesquisa, só era permitido aos heterossexuais) que tiveram filho/as por meio das Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (NTC) no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto/SP.

Nossa pesquisa circunscreveu-se a um universo preciso de mulheres e homens do interior paulista que buscaram reproduzir por meios tecnológicos, portanto, as generalizações só são possíveis dentro deste limite. O contexto é de uma região rica do país, o qual, conforme já nos referimos, não tem uma legislação federal para regulamentar estes procedimentos. Projetos leis sobre a questão tramitam há anos na Câmara Federal. No contexto brasileiro estas tecnologias expandiram-se de forma exponencial, a partir do nascimento da primeira criança brasileira gerada “in vitro”, em 1984. Estima-se que são realizadas 5.000 FIV por ano no país e destas tentativas 2.500 bebês nascem anualmente por esta técnica.

O Brasil passou de 6 clínicas de RA em 1982, para cerca de 140 em 2010, a maioria do setor privado. No site do Ministério da Saúde há somente registro de 5 centros de RA públicos e filantrópicos; entretanto, já encontramos mais, isto porque no setor público há, também, atendimento privado. Mas, não há uma informação precisa sobre o número de Clínicas em atividade; elas podem ou não se registrarem em redes cadastrais como REDELARA e SBRA, que buscam controlar a qualidade dos serviços destas clínicas e evitar abusos. Apesar disto, acontecimentos recentes em uma das clínicas de RA mais conceituadas de São Paulo - cujo médico Roger Abdelmassih foi condenado por abuso sexual de pacientes e por fraudar embriões - evidenciam que o controle da qualidade destes serviços ainda é bem relativo.

A idade avançada é considerada um dos fatores que dificultam a fertilidade; na pesquisa em pauta a faixa etária das/os usuários inicia partir de 30 anos. O adiamento da maternidade e paternidade tem sido prática das novas gerações, que buscam primeiro se estabelecerem, para depois procriarem. Mas, como comentam estudiosas do assunto, a infertilidade é diagnosticada muitas vezes de forma apressada, o que não permite para

quem foi diagnosticado/a, ter mais tempo para saber se realmente é infértil. (LABORIE, 1996). De qualquer modo, a procura pelas TRC não pára de crescer, e claro, que a oferta também, além de sua ampla divulgação midiática.

A porta de entrada de nossa pesquisa foi o Laboratório de Reprodução Humana do Hospital acima referido: primeiro, o contato e entrevistas com o médico e as assistentes responsáveis, para conhecer o funcionamento da Clínica. Fomos informadas que seria provável que muitos dos casais que por lá passavam não aceitariam dar entrevistas e, também, que muitos deles mantinham sigilo do procedimento junto às suas famílias. A enfermeira nos forneceu os endereços de mais 15 casais que tinham tido sucesso na FIV e a maioria morava em municípios próximos à Ribeirão Preto. Realizamos 6 entrevistas em profundidade com as mulheres e mais 3 com seus companheiros; todas entrevistas tiveram retorno.

A renda média familiar destes casais é entre 6 e 8 SM, com exceção de um com 20 SM; 3 das mulheres com nível de estudos Superior Completo, 1 delas com pós-graduação; enquanto os homens entrevistados 2 com nível Superior Incompleto, 1 com Superior Completo e os outros três com Segundo Grau Completo. Profissão das mulheres: Professora do Município; Enfermeira; Operadora de Caixa; Assistente Social e Perita do Juizado Federal; Funcionária Receita Federal; uma desempregada. Profissão dos maridos: 2 comércio, 2 corretores, 1 operário, 1 prefeito. A maioria se declarou Católica/o (2 não praticantes), 1 Pentecostal e 1 Espírita, nenhum sem religião. Todos brancos e a faixa etária das mulheres entre 30-38 anos e dos maridos entre 30-51 anos. Das 6 mulheres, somente 2 tinham sido casadas anteriormente e uma delas tinha tido filho/as do primeiro casamento. Entre os maridos, 3 estavam casados pela segunda vez e 2 já tinham tido filho/as.

Uma das entrevistadas tinha se esterilizado no primeiro casamento, bem jovem, depois de ter tido uma filha. Somente duas das entrevistadas não conseguiram engravidar naturalmente. Duas tinham companheiros vasectomizados e uma o companheiro era infértil. Neste microcosmo as causas que levaram a RA são por infertilidade de mulheres e homens e, como nós supúnhamos, também, por esterilizações. Quase todos/as eles/as ao decidir pela TRC buscaram informações pela

internet, alguns/as declararam que as informações que recebiam no Hospital eram aprofundadas posteriormente na internet. Buscaram a RA neste Hospital, pois é gratuito, apesar de todos os medicamentos não serem gratuitos e muito caros, conforme quase todos/as se referiram.

Observamos que a metade das entrevistadas não revelou para as famílias que haviam feito RA, sendo que uma delas os informou, mas escondeu o fato de que o sêmen era de um doador. Outra guardou segredo absoluto e uma terceira só contou para sua família. Isto pode indicar que ainda há constrangimentos por motivos pessoais, morais ou outros em admitir o procedimento. Este dado é significativo, pois, apesar da ampla divulgação que os meios de comunicação oferecem sobre as TRC - além do próprio aprendizado que muitas das/os entrevistadas/os mostraram ter adquirido na prática - há indícios que receber o sêmen de outro homem, ou simplesmente, realizar um procedimento reprodutivo tecnológico não é tão banal, como pode parecer nos sites sobre o assunto. Neste grupo a maioria dos casais não cogitou pela adoção; um deles já tinha uma filha adotiva (filha da irmã falecida de sua ex-esposa, dentro dos laços de parentesco sanguíneo) e dois filhos/as biológicos deste primeiro casamento; mas, considerou que era importante “para sua atual mulher ter o/a filho/a biológico” (E7).

Entretanto, uma das entrevistadas declarou que entrou em fila de adoção e que se eles não conseguissem “*engravidar com o material da gente...*” teriam adotado uma criança, pois preferiam esta solução a “*adotar um embrião*”, conforme foi sugerido pelo médico, caso não tivessem sucesso. Referiu-se, por outro lado, das dificuldades da adoção de uma criança, do longo tempo de espera, entre outras (E6). A negação da adoção (inclusive da adoção de embriões) traz à tona a importância do filho/a do “próprio sangue”. Uma das entrevistadas nos fala que em princípio seu marido não aceitava nem a adoção, nem a FIV:

“Ele tinha um pouco de repugnância em relação à adoção. Em relação às duas juntas(...) Ele tinha medo de adoção, medo das pessoas, inclusive a família, o pai dele é contra a adoção. A minha mãe é adotada, também, é contra a adoção. (...)ele sempre teve muita segurança em mim em relação à decisão de algumas coisas, como eu trabalho na área da saúde(...) e também, por amor a mim, pensou vai dar tudo certo”.(E4).

Outra questão complexa para estas mulheres e homens que procuraram as TRC foi ter que dar uma solução aos embriões extranumerários:

“lembro que assinamos um termo na hora de implantar, a gente não quis doar os outros embriões. O processo não foi muito tranquilo (...) na época a gente pensou em congelar, mas parece que a manutenção era cara, tinha que pagar (...) a gente não se sentia confortável com isto, então a opção que restou foi descartar”(E1).

A discussão dos embriões tangencia o debate sobre o aborto, que a maioria das mulheres entrevistadas se declarou contrárias (curioso que os homens foram mais indulgentes com o aborto), embora elas não tenham feito nenhum paralelo sobre os embriões excedentes e os embriões abortados, o certo é que a ideia de “descartar ou doar” um ser vivo está implícita no conflito. A possibilidade de “*espalhar por aí embriões*” que seriam seus filhos/as provocou mal-estar, assim como a decisão de descartá-los. A questão de “*será que a gente vai ter um filho que não sabe onde vai estar?*”(E7) fez do descarte a decisão mais razoável.

A barriga de aluguel, também, foi motivo de críticas e apreensões: conforme um dos entrevistados: “*a mulher tem que servir ao marido e servir a uma família, e não ter uma barriga para alugar e ganhar dinheiro com isto*” (E8). A indignação contra mercantilizar o corpo da mulher para outrem se respalda na apropriação que a dominação masculina faz deste corpo. Outro entrevistado declarou que se eles tivessem necessitado “*não me sentiria seguro, eu não sei as consequências (...) daqui a alguns anos, essa pessoa que alugou a barriga, como vai se portar?*” (E9) Questões relacionadas ao possível direito da “mãe portadora” já tem gerado alguns problemas em outros países. Cabe lembrar que a Resolução do CFM 1.957/10, acima citada, não aprova a comercialização da “doação temporária do útero”, além de restringi-la ao parentesco, mas estas normativas não têm efeito legal só ético.

As entrevistadas, também, reagiram com antipatia a esta possibilidade, mesmo após “*ter assistido a novela da TV Globo*”. Entretanto, a justificativa foi de ordem afetiva e não moral:

*“Já ouvi falar. Na novela já foi discutido, esses dias passou na televisão que a mãe gerou os filhos pra filha (...). Eu já pensei nisso (risos), eu, assim, no momento acho que faria, mas eu não sei se depois não me arrependeria sabe, eu falo assim, é o caso você faria tudo pela sua irmã, mas depois, é o caso, você sentiu (...) **Aí não sei depois como seria a entrega, saber que gerou, que tá lá com você nove meses (...)** depois você pegar e entregar pra outra pessoa, é meio complicado.”(E2)*

Entre as entrevistadas uma declarou que queria ter a experiência da gravidez, outra que eles queriam ter um filho/a deles e por isto resolveram encarar “um método tão invasivo”. Por outro lado, os homens inférteis têm dificuldades de aceitar o esperma de doador anônimo. Para contornar esta situação, a manutenção de relações sexuais durante o período da gravidez já foi referida como uma forma de ligação de sangue com a criança que vai nascer (SCAVONE, 2004). O que não foi o caso do homem infértil da pesquisa em pauta, pois considerava que a criança tinha o sangue da mãe e que ele

É bom lembrar que do ponto de vista subjetivo a maternidade é uma relação de intensa afetividade reforçada pelo fato que seu *processo biológico, desde o início da gestação, esteja circunscrito ao corpo das mulheres*, estabelecendo um estreito vínculo de pertença, o quê, de certa forma, exclui os homens.

“A paternidade não é igual à maternidade, por mais que hoje em dia os homens sejam mais próximos, eles têm um envolvimento maior com os filhos do que era sei lá... há 50 anos atrás, o homem nunca vai saber como é ter um filho dentro da barriga, isso é uma coisa muito maluca, assim, durante um período da vida ele é uma parte mesmo de você, até fisicamente, então mexe... o homem não muda nada assim, fisicamente ele não muda nada, e eu acho que ele vai ter consciência mesmo de que ele é pai, depois que o nenê nasce”.(E1)

A construção de uma *nova identidade masculina*, integrando a vida sexual e reprodutiva à vida afetiva e ao exercício da paternidade, significa um confronto constante com as estruturas dominantes objetivas e subjetivas, portanto, é um lento processo, que poderá ser acelerado com as mudanças tecnológicas, já que elas criam novas situações, que exigem não só reflexão, como, também, desconstruir preconceitos enraizados. Observamos no depoimento de um dos homens a tendência a considerar com júbilo a nova identidade na paternidade, diferente de seu pai. Participou intensamente do processo de RA, inclusive relatou o quanto foi dolorido para ele a retirada do esperma diretamente da bolsa escrotal (ele é vasectomizado), “*foi um parto*”, mas, a satisfação que teve com o nascimento de sua quarta filha foi “*maravilhosa*”. Ao

mesmo tempo, considera “*que a mulher se sente mais completa depois de ter um filho(...)*” e, portanto, “*é natural que a mulher queira ter um filho*”(E7).

O fato de a maternidade se tornar uma escolha abre para a paternidade a mesma possibilidade, desencadeando um processo de negociação, que é tanto mais sofisticado, quanto melhores as condições sociais, econômicas e culturais do casal. Verificamos que as mulheres, também, se referem frequentemente, ao forte desejo de “dar um filho para o seu homem”, mais do que ao desejo de serem mães, e aí está em jogo a questão de gênero que este desejo releva. As tecnologias conceptivas trazem outra dimensão desta possibilidade de escolher. Com a esterilização a escolha é de não ter mais filho/as, ou de tê-los em número planejado, o quê de certa maneira restringe a maternidade, sem, contudo, romper com o padrão reprodutivo dominante, pois, são as mulheres que mais se esterilizam. Com as TRC a escolha é ter filho/as, reafirmando (e, poderíamos dizer, aumentando) o valor da maternidade e por consequência da paternidade. O padrão reprodutivo tradicional não é, tampouco, rompido; os procedimentos mais pesados se passam predominantemente, no corpo das mulheres, salvo para a coleta do sêmen dos vasectomizados.

As TRC separam definitivamente a sexualidade da reprodução, introduzem outros atores na relação parental, tornam a maternidade e a paternidade uma sucessão de empreendimentos que são vividos separadamente durante o processo da fecundação. Nestas circunstâncias, a interferência médico-tecnológico retira a reprodução do espaço privado, deslocam-na da vida afetivo-sexual da intimidade para o espaço público. Por outro lado, do ponto de vista dos/as envolvidos/as o recurso às TRC, também, gera conflitos subjetivos, objetivos e econômicos (mesmo nos Hospitais Públicos tem um custo considerável). A importância da consanguinidade na concepção é a mais importante propulsora desta busca, o que fortalece a filiação tradicional, salvo em casos de paternidade heteróloga e de mães portadoras.

Mas, observa-se que o recurso às TRC provoca algumas mudanças no que se refere à questão de gênero no campo das relações familiares contemporâneas, que não podem ser generalizadas, mas que merecem atenção: maior participação dos homens

durante a fertilização; aceitação da paternidade heteróloga; escolha da reprodução é mais reflexiva.

Para Concluir

Mais de 4 milhões de bebês já foram reproduzidos por estas tecnologias no mundo inteiro. Em 2010, o britânico Robert Edwards recebeu o Prêmio Nobel de Medicina pelo primeiro bebê de proveta nascido na Inglaterra em 1978, que ele ajudou a nascer pela FIV. Hoje se calcula que 300.000 FIV são efetuadas por ano no mundo e que nascem 200.000 mil crianças. Tanto a maternidade como a paternidade com as TCs trazem uma valorização do biológico, uma re-valorização da maternidade, uma proeminência à paternidade. Se a expansão das Tecnologias Conceptivas pode tornar mais visível os projetos de paternidade na vida dos homens, pelo fato destas técnicas requererem uma maior participação masculina na decisão e escolha da concepção; podemos dizer que ainda há maior peso o projeto da maternidade, que em geral (salvo em casos de útero de aluguel), se passa no corpo da futura mãe, que não pode ainda ser dispensada. Neste sentido, o avanço tecnológico não é acompanhado de uma ruptura com as determinações biológicas que dão suporte à dominação masculina, ao contrário, podem maximizá-la reproduzindo – sob a égide do avanço tecnológico e científico - significados clássicos de gênero que contribuem para a permanência da relação de dominação. Todo este arrazoado evidencia que as TRC se situam entre teorias e propostas políticas modernas e pós-modernas, o que indica que o incremento destas tecnologias convive, em inúmeras sociedades, como no caso do Brasil com situações de extremos contrastes sociais e tecnológicos.

Participaram desta pesquisa na fase de campo e primeiras análises: a Dra. Gisele Rocha Côrtes e as então, estudantes de IC, Juliana de Oliveira e Lara Faccioli.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARILHA M. Desejo de maternidade, tecnologias conceptivas e o Estado: rápidas considerações. In SCAVONE Lucila org. *Tecnologias Reprodutivas : gênero e ciência*. São Paulo : EDUNESP, 1996, pgs.199-204.
- BATEMAN NOVAES S. Assistance Médicale à la Procréation, in *Dictionnaire de la pensée médicale*, LECOURT D. dir., Paris, Presses Universitaires de France, 2004, pp. 901-907.
- _____ A propos du transfer d'embryons après le deces du conjoint. Travaux du Comité Consultatif National d'Éthique. 20^oanniversaire. SICARD, D. (coord.). Paris: PUF, 2003, p.70-76.
- BERQUÓ E. Brasil um caso exemplar. Anticoncepção e partos cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas*, ano 1, n. 2, p. 366-381, 1993.
- BEAUVOIR S. *Le deuxième sexe*. Paris : Gallimard, 1977 (primeira ed.1949)
- BUTLER, J. O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cadernos PAGU* (21) 2003: pp.219-260.
- BRAIDOTTI R. Vers une subjectivité viable: un point de vue philosophique et féministe. In PINSART. MG, *Genre et Bioéthique*, Paris :, pp.27-52, 2003
- COREA G. *The mother Machine*. New York: Harper & Row, 1985.
- COLLIN F. *Genre et Biothique*, Paris: pp. 3-26, 2003.
- DAVHERNAS-LÉVY M-J. Réproduction médicalisée, temps et différence in *Cahiers du Genre*, n.35, Paris : L'Harmattan, p. 167-188, 1999.
- FIRESTONE S.. *A Dialética do Sexo*, Lisboa: Labor, 1976.
- FONSECA C. A vingança de Capitu: DNA, escolha e destino na família brasileira contemporânea. In: BRUSCHINI C. e UNBEHAUM S. *Gênero, Democracia e Sociedade Brasileira*. São Paulo: 34/FCC, 2002, p.267-293.
- FOUCAULT M. *Histoire de La Sexualité I : La volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976.
- GROSSI M. et alli (orgs.) *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas : questões e desafios*. Brasília: Letras Livres, 2003.
- LABORIE F. *Technologies de la Reproduction Humaine*. In HIRATA H et allii. *Dictionnaire Critique du Féminisme*, Paris: PUF, 2000, p.220-225. (Dicionário Crítico do Feminismo. São Paulo: EDUNESP, 2010)
- _____ *New Reproductive Technologies: News from France and Elsewhere*. *Reproductive and Genetic Engineering*, vol. 1, n.1, 1988.
- _____ *Procréation artificielle: santé des femmes et des enfants*. In MASUY-STROOBANT, G. et Al. *Santé et Mortalité des Enfants en Europe: Inégalités Sociales D'Hier et D'aujourd'hui*. Paris: L'Harmattan, 1996, p.477-500.
- LOYOLA, M. A. *Sexualidade e Medicina : a revolução do século XX*, *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(4) 875-899, jul.ago.2003.
- LÖWY L. et MARRY C.. *Fertilisation In Vitro*, in *Pour en finir avec la domination masculine de A à Z*, Paris : Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, 2007 p.127-8
- REVEL J. *Dictionnaire Foucault*. Paris: Ellipses, 2008, 173 p.
- ROUCH H. *Nouvelles Techniques de Reproduction : de la différence à l'inégalité*. In HURTIG M-C., KAIL M. et ROUCH H. (eds) *Sexe e Genre. De la Hierarchie entre les sexes*. Paris :CNRS, 1991, p.245-255.
- SCAVONE, L. *Dar a vida e cuidar da vida. Feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo:EDUNESP, 2004.
- SNOWDEN R. , MITCHELL, G. D. *La famille artificielle, réflexion sur l'insémination par donneur*. Paris : Antropos, 1984.170p.

