



Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas

Verônica Ferreira Maria Betania Ávila Ana Paula Portella (orgs)

Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas



Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas

Verônica Ferreira Maria Betania Ávila Ana Paula Portella (orgs)



SOS CORPO

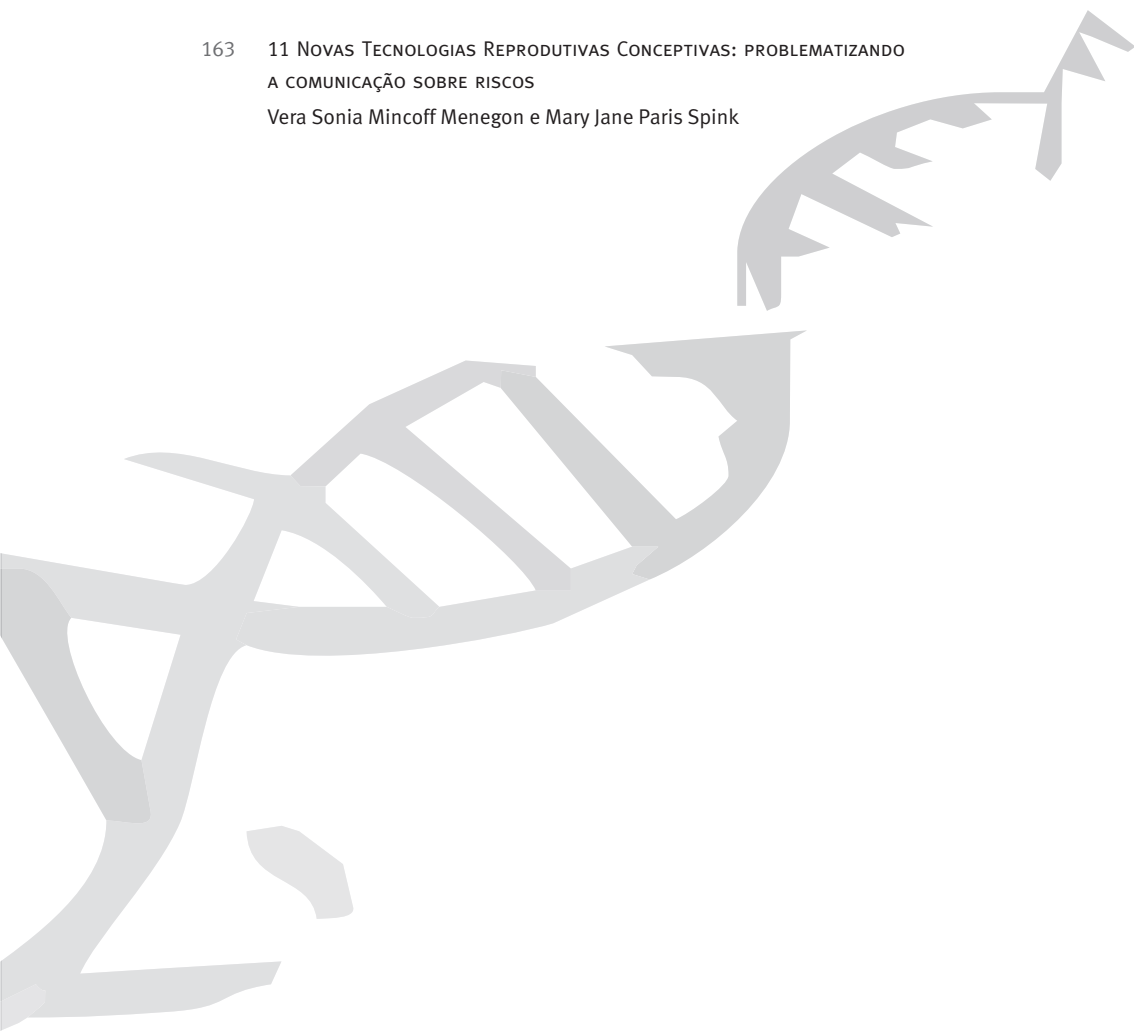
Instituto Feminista para a Democracia

SUMÁRIO

- 07 LISTA DE SIGLAS
- 09 APRESENTAÇÃO
- 13 1 NOVAS TECNOLOGIAS CONCEPTIVAS: TEORIAS E POLÍTICAS FEMINISTAS
Lucila Scavone
- 23 2 A FERTILIZAÇÃO TECNOLÓGICA DE NOSSOS CORPOS
Martha Ramírez-Gálvez
- 39 3 POR UMA ECOLOGIA DA PROCREAÇÃO HUMANA OU NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS?
Alejandra Rotania
- 49 4 INFERTILIDADE E INFECUNDIDADE: ACESSO ÀS NOVAS TECNOLOGIAS CONCEPTIVAS
Debora Diniz e Rosely Gomes Costa
- 67 5 NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS E RELAÇÕES SOCIAIS DE GÊNERO
Liliana Acero
- 79 6 O *ETHOS* EM TEMPOS DE BIOÉTICA: O *SITE* COMO TROPO
Ana Regina Gomes dos Reis



- 95 7 LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS REPRODUCTIVAS Y LOS VIEJOS DILEMAS
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA
Ana Cristina González Vélez
- 105 8 RACISMO E NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS
Ângela Maria do Nascimento
- 119 9 LESBIANDAD, MATERNIDAD Y NUEVAS TECNOLOGÍAS REPRODUCTIVAS
Alejandra Sardá
- 135 10 MATERNIDADE LÉSBICA E NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS:
UM RELATO SOBRE CASOS CANADENSES
Érica Renata de Souza
- 163 11 NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS CONCEPTIVAS: PROBLEMATIZANDO
A COMUNICAÇÃO SOBRE RISCOS
Vera Sonia Mincoff Menegon e Mary Jane Paris Spink





LISTA DE SIGLAS

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAS – Comissão de Assuntos Sociais
CCJ – Comissão de Constituição e Justiça
CFM – Conselho Federal de Medicina
CSSF – Comissão de Seguridade Social e Família
DGP – Diagnóstico Genético Pré-implantacional
Febrasgo – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
FIV – Fertilização *In Vitro*
FtoM – *Female to Male*
HRAS – Reprodução Assistida do Hospital Regional da Asa Sul
Icsi – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide
Incor – Instituto do Coração
MPDFT – Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
NTR – .Novas Tecnologias Reprodutivas
NTRc – Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas
OAB – .Ordem dos Advogados do Brasil
PUC/SP – ,Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RA – *Reprodução Assistida*
SBPC – Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco



APRESENTAÇÃO

Hoje, o desenvolvimento das biotecnologias, especialmente no que se refere às tecnologias voltadas para os processos de reprodução humana assistida, impõem desafios teóricos, políticos e éticos fundamentais para o feminismo no campo da reprodução, dos direitos e do enfrentamento à mercantilização do corpo e da vida das mulheres. Mais uma vez, é sobre o corpo das mulheres que se instituem novas práticas de manipulação, controle e domínio sobre a vida. Como nunca antes, o avanço das novas tecnologias da reprodução humana, articulados ao desenvolvimento da engenharia genética, aponta para a inexistência de fronteiras éticas da manipulação com fins econômicos sobre os mais remotos domínios da vida.

O movimento feminista, no Brasil e no mundo, desde meados do século XX, tem insistido em aspecto fundamental da opressão sobre as mulheres: o corpo como um lugar de onde emana e para onde converge a opressão patriarcal e as desigualdades econômicas. A articulação perversa entre esta perspectiva de mercado, na qual aspectos da vivência reprodutiva são transformados em produtos de consumo, e o processo mais amplo de mercantilização do corpo das mulheres, torna mais grave e complexo o desafio a ser enfrentado pelo movimento feminista.

Como nunca antes, os supostos avanços da ciência, em verdade instrumentais aos interesses dominantes, estão articulados a processos geradores de desigualdades. São expressões deste processo aspectos como a instrumentalização do corpo das mulheres como corpo reprodutor, produtor de embriões, e sua inevitável repercussão entre as mulheres mais pobres; a reafirmação do poder médico, fortemente vinculado aos interesses mercantilistas, sobre o corpo das mulheres e sua influência sobre os padrões familiares e a própria idéia mesma de família; a retomada de discursos e o desenvolvimento de melhoramentos genéticos com forte componente

eugénico e, portanto, racista. Sob o argumento do progresso e da resolução de dilemas e anseios antigos da humanidade, escondem-se novas facetas da dominação, da opressão e da reprodução das desigualdades.

O avanço no campo da biotecnologia impacta diretamente na vida das mulheres no que se refere aos direitos reprodutivos. O avanço tecnológico criou novas formas de intervenção e apropriação do corpo feminino dentro de uma relação mercantilizada. O corpo das mulheres, percebido como máquina produtora de meios para reproduzir e para curar outros corpos, é capturado pelos interesses ditos “científicos” e do mercado. Essa apropriação possui um forte viés de classe, pois é o corpo das mulheres pobres que é visto como “objeto” da intervenção – por parte do Estado e do poder médico – e de instrumentalização – por parte do mercado – para a produção de embriões.

Desta forma, sofisticase a idéia do corpo fragmentado, na qual as mulheres cumprem um ‘papel’ fundamental, conforme sua situação financeira: oferece-se às mulheres pobres a possibilidade de obter recursos através da venda de seu material genético e às mulheres ricas são oferecidos produtos e serviços que prometem desde o retardamento da velhice à reprodução biológica manipulada em laboratórios.

Nessa lógica privatista e individualizante de acesso aos avanços tecnológicos, reproduzem-se as estruturas de desigualdade de gênero, classe e raça/etnia, apontando para formas seletivas de produção de seres humanos e instaurando novos desafios no campo da política e da ética. Além disso, instaura como nunca antes uma tensão entre liberdade de escolha individual e direitos coletivos. Este é um debate importante no interior do próprio movimento de mulheres quando nos estamos diante, por exemplo, da questão da maternidade lésbica.

O desenvolvimento da biotecnologia parece levar ao ápice o processo de mercantilização da vida, seja do corpo das mulheres, de células e embriões, e dos bens genéticos de seres humanos e da natureza. As chances de manipulação da vida se ampliam, alimentando o capital, exigindo uma maior capacidade de reação para que a sociedade participe, efetivamente, das decisões que nos ameaçam. Não se trata de especular sobre o futuro, mas de cuidar do presente. Este livro é resultado de processo de reflexão e debate entre grupos, articulações e pesquisadoras feministas de diversos países da América Latina sobre as novas tecnologias

de reprodução humana, levado a termo durante o Seminário Latino-Americano Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas, realizado em Recife, em julho de 2006.

Esta publicação tem dois objetivos fundamentais: o primeiro, é o de contribuir para levar cada vez mais a público, sobretudo entre sujeitos políticos que lutam por transformação social, os diversos aspectos, problemas e desafios existentes em torno das novas tecnologias da reprodução humana. E busca fazê-lo na perspectiva crítica feminista, que considera a relação entre avanço científico, sua apropriação pelo mercado e sua relação com as relações de gênero, as desigualdades econômicas e o racismo que estruturam desigualdades em todas as dimensões da vida social. É a partir da consideração destas dimensões – gênero, classe e raça/etnia – que é possível compreender as principais implicações políticas e éticas colocadas pelo uso da biotecnologia no campo da reprodução humana.

O segundo objetivo, é o de tornar contemporâneo ao pensamento e à luta feminista no Brasil e outros países da América Latina, um debate que insiste, pela via do discursos da biotecnologia, em se divulgar inacessível, complexo e acima de qualquer possibilidade de crítica. Desmistificar, publicizar e politizar as diversas frentes por onde avançam as biotecnologias são os desafios hoje colocados para os movimentos sociais que enveredam nos essenciais debates da biopolítica. O que este livro também objetiva, a partir da reflexão e do debate, é instituir estes enfrentamentos na agenda política do movimento feminista em sua articulação com outros movimentos sociais que lutam por transformação.

Verônica Ferreira, Maria Betania Ávila e Ana Paula Portella
Organizadoras



NOVAS TECNOLOGIAS CONCEPTIVAS: TEORIAS E POLÍTICAS FEMINISTAS

1

Lucila Scavone¹

O tema deste artigo remete a um resgate histórico da discussão das Novas Tecnologias Conceptivas (NTCs) no feminismo, reflexão que algumas de nós aqui presentes poderíamos fazer na primeira pessoa, com base na nossa história pessoal no movimento ou na nossa experiência de estudiosas no assunto. Mas sempre é bom lembrar que a história subjetiva, como, aliás, a sua construção objetiva, sempre é “*um ponto de vista sobre um ponto de vista*”, tornando explícito que o olhar feminista com seus diferentes matizes não é um olhar neutro, virgem ou tampouco unívoco sobre o assunto. A proposta de resgatar as reflexões teórica e política que o feminismo (nas figuras de filósofas, sociólogas, antropólogas, biólogas ou simplesmente estudiosas) já fez e vem fazendo sobre as biotecnologias é uma tarefa complexa, que leva em si a polêmica dos princípios e fins desse tipo de tecnologia.

Interessa-nos aqui discutir algumas das principais reflexões que o feminismo, ou os feminismos, vem tecendo sobre as tecnologias que interferem na reprodução humana, dentro do nosso espaço de possibilidades. Portanto, lançamos questões que merecem destaque por constituírem pano de fundo desta reflexão, mesmo que não possam ser respondidas de maneira unívoca: as tecnologias de reprodução teriam rompido com o dualismo mulher/natureza x homem/cultura ou o teriam acentuado? Se elas refletem o avanço da ciência e, portanto, um estágio do capitalismo, a sua utilização poderia provocar conflitos e/ou acelerar mudanças nas relações sociais de gênero? Ou exatamente o contrário?

Essas questões nos levam às idéias dos primórdios do feminismo contemporâneo, anos 1960-1970, período da emergência de um movimento autônomo e radical que, ao politizar o *privado*, deu visibilidade especial ao

corpo e à sexualidade, tratando-os como questões políticas. Nessa época, ocorre, também, a aceleração do uso das técnicas em todos os âmbitos da vida – especialmente a tecnologia química de controle da fecundidade, que, com a pílula contraceptiva, possibilitou a livre escolha da maternidade – que, nos anos subseqüentes, se intensifica mais ainda, trazendo à tona as novas facetas e contradições advindas do avanço da ciência e da tecnologia no capitalismo contemporâneo. Paralela e gradativamente, há um aperfeiçoamento do biopoder – no sentido foucaultiano do termo, isto é, o uso da gestão política da população por meio do conhecimento das manifestações dos corpos – com vistas ao fortalecimento do controle social dos indivíduos. Por outro lado, há, nesse período, uma grande criatividade teórica nas análises críticas da sociedade: na política, na cultura, nos movimentos sociais, no próprio movimento feminista, ao formular uma crítica e uma prática de contestação aos mecanismos de controle e dominação.

Uma das idéias básicas do feminismo contemporâneo, no seu momento inaugural, foi expressa na máxima *Nosso corpo nos pertence*, na qual o corpo aparecia como um dos elementos centrais das relações de poder entre os sexos, nos espaços público e privado. A interpretação genérica dessa máxima feminista pode ser entendida como um ideal da liberdade individual do liberalismo. Mas, do ponto de vista do feminismo radical, essa idéia de apropriação do corpo concretizava a politização do privado, ao materializar as relações de poder que se passavam pelo corpo, pela sexualidade, pelo desejo e pela reprodução. Ao buscar se apropriar do corpo, o feminismo contemporâneo buscava subverter essas relações e ressignificava, material e simbolicamente, o corpo assujeitado pelas relações de dominação masculina dos confins da vida privada às arenas da vida pública. Esta era uma implicação política da maior importância, pois abordava as relações sociais de gênero, atravessando os domínios público e privado, sem separá-los.

O discurso feminista se abria, então, para um debate político sobre o corpo, ao afirmar suas diferenças, mas, também, reivindicar seus direitos, sobretudo ao revoltar-se contra o *controle social* ao qual ele era submetido. A insubmissão contra um corpo assujeitado e medicalizado, à mercê de políticas morais ou demográficas de Estado – fundadas em uma idéia de natureza – que atingiam certeiras a vida privada, foi muito forte no Feminismo dos anos 1970 e teve como característica desconstruir uma concepção universal e única de corporeidade².

Desse ponto de vista, as tecnologias conceptivas foram bem-vindas, pois estariam contribuindo para romper com o assujeitamento do corpo das mulheres, especialmente no que se referia à maternidade. Como a maternidade era vista, então, como um dos principais eixos da opressão da mulher, a idéia de tirar esse fardo do seu corpo poderia um dia se concretizar, segundo algumas feministas dos anos 1970, com o desenvolvimento das tecnologias de concepção. Por exemplo, Sulamith Firestone – uma expoente do feminismo radical americano desse período – considerava que a melhor solução para a libertação das mulheres seriam os bebês de proveta, prevendo a possibilidade de que um dia eles seriam inteiramente criados fora do útero. Libertar as mulheres da maternidade seria libertá-las *tout court*. A tecnologia conceptiva poderia, assim como as tecnologias contraceptivas, ser usada em benefício das mulheres. Além disso, se a pílula contraceptiva havia dissociado a sexualidade da reprodução, as tecnologias conceptivas provocariam a ruptura definitiva.

Entretanto, conforme as técnicas avançavam e seu uso se proliferava, o debate tomava contornos mais complexos. O primeiro bebê de proveta nasceu na Inglaterra, em 1978, e, de lá para cá, mais de um milhão de bebês foram reproduzidos por essas tecnologias no mundo inteiro³. O certo é que essa profusão exponencial de nascimentos não se fez sem danos ou riscos à saúde (das mulheres que se submeteram ao procedimento e de seus bebês), sem problemas éticos, políticos e sociais e sem o discurso legitimador sobre as benesses da ciência e da tecnologia.

Assim, do final dos anos 1970 ao começo dos anos 1990, foi construído um discurso crítico feminista americano e europeu que apontava vários problemas das NTCs no que concerne às mulheres e às relações de dominação masculina (ou patriarcais), na realização das NTCs. Algumas feministas expoentes desse debate – nos Estados Unidos, Gena Corea (1985); na França, Laborie (1988, 1996); Kail (1991), Rouch (1989), Dhavernas (1991) – apontavam diversos problemas: as pesquisas experimentais, as quais não teriam sido suficientemente testadas em animais; a linguagem dos cientistas, que invisibilizava ou simplesmente negava a existência das mulheres, ao descrever os procedimentos médicos; os danos à saúde das mulheres e, posteriormente, às crianças nascidas desses procedimentos; a nova imposição da maternidade, entre outras questões. Subjacente a esses temas, a problemática do corpo voltava com toda a sua força, pois os

corpos femininos arcavam com as conseqüências do uso dessas tecnologias, potencializando suas determinações biologizantes na filiação. Logo, a questão da maternidade – outro tópico básico do feminismo dos anos 1970 – também foi retomada sob o impacto das NTCs. Se as mulheres recorriam às tecnologias contraceptivas, decidindo pela não-maternidade, agora recorriam às tecnologias conceptivas, submetendo-se aos procedimentos técnicos do filho “a qualquer preço” e do “próprio sangue”. Para Stolcke (1991), o “qualquer preço” é o desgaste físico e psíquico pelo qual passam as mulheres que se submetem à implantação de embriões, não só pela alta ingerência de hormônios na fase de estimulação ovariana, mas também pela insegurança dos resultados, já que o “sucesso” nesse procedimento raramente acontece na primeira tentativa. Evidentemente, essa idéia pode também incluir os esforços que muitas mulheres fazem para conseguir pagar o procedimento⁴. Trata-se, pois, de um investimento não só econômico, mas que atinge dimensões psíquicas e sociais profundas que têm uma outra dimensão que a de uma “gravidez natural”⁵.

Além disso, nós acrescentaríamos que esse desejo sem preço da maternidade pode estar atendendo ao desejo da paternidade, cuja realização afirma a fecundidade e exalta a virilidade, especialmente em regiões onde o machismo é acentuado. Em pesquisas sobre maternidade, tem-se verificado que as mulheres referem-se, freqüentemente, ao forte desejo de “dar um filho para o seu homem”. Esse desejo seria mais forte do que seu próprio desejo de maternidade? (Scavone, 2004). Nas NTCs, a resposta ao desejo de paternidade – não importando quem seja o estéril no casal heterossexual – incide no corpo feminino, questão política e de saúde da maior importância.

Por outro lado, a idéia do “filho do próprio sangue” coloca em pauta, de acordo com a mesma autora, tanto o caráter eugênico que pode ser fortalecido com esses procedimentos – no sentido de uma intenção pelo “aperfeiçoamento da raça ou da espécie” na busca por determinadas características raciais, socioculturais, em bancos de esperma – como também uma afirmação *biológica* da paternidade que incide em uma concepção tradicional da família e do parentesco. A necessidade da identidade pelo sangue na afirmação da paternidade (e da masculinidade) já foi observada em homens cujas companheiras foram inseminadas com esperma de doador anônimo, que consideram ter seu sangue na criança assim concebida por terem mantido relações sexuais durante o período da gravidez⁶.

Fonseca (2002, p. 273) lembra, com propriedade, que as NTCs foram cunhadas “para permitir praticamente a todo indivíduo (com parceiro ou sem) **engendrar filhos de seu sangue**”, reafirmando o elemento biológico na composição das famílias contemporâneas. Assim, a *escolha reflexiva* da maternidade, da paternidade ou da parentalidade – que foi facilitada pelas tecnologias reprodutivas (sejam contraceptivas ou conceptivas) – constitui-se em uma escolha que reafirma, de forma “estridente”, como diria Fonseca, a filiação consangüínea.

Ainda na década de 1990, Strathern (1995), sob uma ótica antropológica e feminista, levantou questões de gênero relacionadas às NTCs, que abalaram as noções tradicionais de maternidade e paternidade. Ela analisou o fato de mulheres virgens, na Inglaterra, fazerem um outro uso das NTCs, ao quererem ser mães sem o ato sexual. Essas demandas foram rotuladas pelos médicos como a “síndrome do nascimento virgem” e suscitaram um amplo debate por parte dos médicos e dos juristas que concluíram que “as necessidades das crianças incluem a necessidade de um pai”. Embora as tecnologias conceptivas possibilitem diferentes tipos de mãe (mãe portadora simples, inseminada pelo esperma do futuro pai social, levando a gravidez a termo como útero portador; mãe portadora verdadeira, mulher fértil, no útero da qual são implantados uns ou vários embriões obtidos pela Fertilização *In Vitro* (FIV) com os óvulos e espermatozoides dos pais “biológicos”), **não há a possibilidade de filhos “sem mãe**”. Portanto, não há, segundo Strathern, a explicitação da “necessidade da mãe”, ela aparece como natural, sem questionamento.

Por sua vez, com a *paternidade é diferente*. A paternidade sempre tem de ser provada, apesar dos avanços da ciência – mesmo com o teste de DNA que soluciona as dúvidas sobre a paternidade biológica e, com isso, fortalece o componente real e simbólico da filiação consangüínea – e de seus efeitos sobre as relações de gênero na parentalidade, os laços afetivos e familiares do pai com o/a filho/a não se estabelecem com a mesma “naturalidade” que os laços maternos (Fonseca, 2002). Há sempre a necessidade de provar: “dentro ou fora do casamento, **há sempre a possibilidade de que uma criança nasça ‘sem pai’**” (Strathern, p. 311). Ao contrário, mesmo com a doação de óvulo anônimo, “o filho não pode ser ‘sem mãe’”. A mulher que abandona os filhos é sempre tratada como “monstruosa”, diferentemente do homem que faz o mesmo. Um sintoma da permissividade social ao

abandono paterno é o considerável número de pais que não reconhecem seus filho/as nos registros civis que, no Brasil, por exemplo, pode chegar, em algumas regiões, a 30%. (Thurler, 2004)

Strathren, (p. 308) chama a atenção para que o desejo da mulher de ter um filho sem o pai, e mais ainda, sem a relação sexual, é uma

ameaça que vem da própria tecnologia. As mulheres tomam as possibilidades tecnológicas pelo que elas podem fazer – contornar a necessidade de intercurso sexual – e não por seu valor substitutivo [...]. Achou-se inadequado que as mulheres desejassem a tecnologia por si mesma.

Dáí brota um efeito paradoxal da RA: ela oferece a substituição tecnológica do pai ou da mãe, mas, quando os médicos (e a sociedade) são confrontados com desejos fora do padrão de parentesco dominante (que coloque em questão elementos tradicionais do parentesco, no caso dispensar a relação sexual com o homem por demanda da mulher), eles consideram “desviantes”. Separar o sexo da maternidade equivaleria a rejeitar o pai, que implicaria suprimi-lo. Em decorrência disso, a realização da maternidade na RA fica submetida à participação de um pai, apesar de, na operacionalização tecnológica, sua presença ser dispensável. Assim, a reprodução tecnológica reafirma os papéis tradicionais do pai e da mãe e, em última análise, das relações de gênero que os fundamentam.

Tanto na maternidade como na paternidade, as tecnologias reprodutivas trazem uma valorização do biológico, uma revalorização da maternidade, uma proeminência à paternidade. Se a expansão das tecnologias conceptivas pode tornar mais visíveis os projetos de paternidade na vida dos homens, pelo fato dessas técnicas requererem uma maior participação masculina na decisão e escolha da concepção, podemos dizer que ainda há maior peso no projeto da maternidade, que, em geral (salvo em casos de útero de aluguel), se passa no corpo da futura mãe, que não pode ser dispensada. Nesse 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.

Havia, nos anos 1980–1990, certo consenso na crítica feminista às NTCs no que dizia respeito à maternidade, à crise do humano, entre

outras questões; entretanto, posições feministas pós-modernas trazem novos elementos ao debate. Braidotti (2003, pp. 39–40), filósofa feminista deleuziana, discute suas posições sobre a questão:

As biotecnologias afetam nossas vidas em todos os níveis. O mais espetacular é o que interfere na reprodução humana, um combate que é conduzido no corpo das mulheres. Eu fiz numerosos comentários a respeito da tomada de poder tecnológico sobre a função materna. A maternidade, estando inscrita como um elemento maior do complexo técnico-industrial, integrou-se ao novo “imaginário social ciber-tecnológico”. Eu critiquei, ao mesmo tempo, a masculinização das biotecnologias (conhecidas igualmente como “metaLmorfoses”) e seu cruzamento inevitável com a função material (metRamorfoses). Eu também as associei com o declínio e com a crise do “humano”. A revolução da genética e da biotecnologia rebiologizou a reprodução e a função maternal que lhe está associada.

Do passado para o presente, a autora ressalta o que considera hoje como **“o potencial liberador e transgressivo destas tecnologias”** (não só as tecnologias reprodutivas, 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”. Ela propõe, então, o desenvolvimento de uma **“ética da viabilidade”** para afrontá-las, a qual não consistiria somente no sentimento de “compartilhar riscos”, mas também no “orgulho suscitado pelas realizações tecnológicas e a riqueza que os acompanha”. Na teoria dessa autora, há a proposta de ir contra a apropriação predadora dessas tecnologias, que insiste em recuperá-las sob uma concepção “branca, masculina, capitalista e normatizada do sujeito”. Sob esse ponto de vista, Braidotti pretende associar um sujeito nômade com uma postura materialista e feminista, sobretudo um sujeito que tenha corpo e que possa ser sexualmente diferenciado.

Com esses objetivos, ela propõe uma via de enfrentamento ao mundo tecnológico que hoje se instala, contra sua apropriação capitalista, mas que – não podemos esquecer – foi engendrado pelo próprio capitalismo. A proposta do enfrentamento – que supõe considerar a tecnologia como cultura, cujos benefícios teríamos de nos apropriar para a construção de um mundo viável, articulando o local e o global – situa-se paradoxalmente entre a crítica da apropriação capitalista das tecnologias e a proposta de

uma aceitação de seu potencial, “sem perder totalmente de vista as normas e os valores da condição humana” (p. 51).

Já a posição da pós-feminista, bióloga e filósofa Donna Haraway (1994, pp. 244–245) é mais radical. A autora 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 dessa 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. Essa 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. Nesse 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.

As perguntas colocadas inicialmente, neste texto, ficam respondidas de maneira dispersa segundo cada teoria arrolada. Se Haraway tem certeza que não há mais fronteiras entre a natureza e a cultura, Braidotti pensa que o sujeito nômade poderá colocar em prática uma ética da viabilidade para viver bem no mundo tecnológico. Enquanto isso, as “feministas modernas” apontam as contradições, os impactos e até as possibilidades de subversão do uso das tecnologias reprodutivas.

Esse apanhado evidencia que o debate das NTCs no feminismo se situa entre teorias e propostas políticas modernas e pós-modernas, o que indica que o incremento dessas tecnologias convive, em inúmeras sociedades, como no caso do Brasil⁷, com situações de extremos contrastes sociais e tecnológicos. Para finalizar, uma reflexão de Collin (2003), filósofa feminista que nos mostra os paradoxos da RA, seu caráter econômico, masculino e, especialmente, a moral dúbia que a embasa.

Tratando-se das mulheres, toda intervenção (no embrião) era e ainda é, em vários casos, taxada de criminosa. Tratando-se dos cientistas, toda intervenção é explicitamente ou tacitamente justificada em nome da melhoria da espécie humana. O

eugenismo torna-se um humanismo. A produção dos seres vivos nos laboratórios é cotada na Bolsa. [...] Os embriões são estocados em refrigeradores para serem submetidos a manipulações posteriores ou serem destruídos sobre a qualificação de “supranumerários”, enquanto que nenhum embrião destruído por uma mulher em desespero jamais foi qualificado de tal maneira.

Referências bibliográficas

- COREA, Gena. *The mother Machine*. New York: Harper & Row, 1985.
- LABORIE, Françoise. *New Reproductive Technologies: News from France and Elsewhere*. Reproductive and Genetic Engineering, v. 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, pp. 477–500.
- KAIL, Michèle. Le flou savant des NTR um discours méthaphorique pour une méthodologie “embryonnaire”. In: HURTIG Marie-Claude, KAIL Michèle et ROUCH Hélène (eds). *Sexe et Genre. De la hierarchie entre les sexes*. Paris: CNRS, 1991, pp. 257–270.
- ROUCH, Hélène. Nouvelles Techniques de Reproduction: de la différence à l’inégalité. In: HURTIG Marie-Claude, KAIL Michèle et ROUCH Hélène (eds). *Sexe et Genre. De la hierarchie entre les sexes*. Paris: CNRS, 1991, pp. 245–255.
- DHAVERNAS, Marie-Josèphe. Essentialisme et Biologisme dans les discours sur les nouveaux modes de procréation. In : HURTIG Marie-Claude, KAIL Michèle et ROUCH Hélène (eds). *Sexe et Genre. De la hierarchie entre les sexes*. Paris: CNRS, 1991, pp. 271–281.
- FIRESTONE, Sulamith. *A dialética do Sexo*. Local: Labor, 1976.
- FONSECA, Cláudia. 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. pp. 267–293.
- STRATHERN, Marilyn. Necessidade de Pais, Necessidade de Mães. *Revista Estudos Feministas*, IFCS/UFRJ, v. 3, n. 2, 1995, pp. 303–330.
- BRAIDOTTI, Rosi. Vers une subjectivité viable: um point de vue philosophique et féministe. In : Genre et Bioéthique, PINSART, Marie-Geneviève. VRIN, Paris, 2003, pp. 27–52.

- BEAUVOIR, Simone. *Le deuxième sexe*. Paris: Gallimard, [1949] 1974, PICQ, 1993.
- THURLER, Ana Liése. *Paternité et inégalités dans les rapports parentaux: une analyse de cas brésiliens*. Paris: L'Harmattan, 2004, pp. 69–88.
- PICQ, Françoise. *Libération des femmes: les années mouvement*. Paris: Seuil, 1993.
- SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida. Feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: Edunesp, 2004.

Notas

- ¹ Professora Livre-Docente de Sociologia/UNESP/Ar. Editou na área dos estudos de gênero e feministas, os livros *Tecnologias Reprodutivas: gênero e ciência*, Edunesp, SP, 1996; *Género y Salud Reproductiva en America Latina*, LUR, Cartago, 1999; *O Legado de Foucault*, Edunesp, SP, 2006. É autora de “*Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*”, Edunesp, 2004, entre outras coletâneas e artigos.
- ² Simone de BEAUVOIR, no *Segundo Sexo*, [1949] 1974, ao discutir a sexualidade das mulheres, já se rebelava contra o determinismo biológico que aprisionava as mulheres à maternidade e ao sexo biológico. Ela abre questões que foram posteriormente aprofundadas na fase contemporânea do feminismo, PICQ, 1993.
- ³ Dados do *site* SBRH, 2006.
- ⁴ O preço monetário de um bebê de proveta varia nas clínicas de São Paulo, mas custaria, em média, R\$ 15.000,00 por três tentativas.
- ⁵ Já se formaram uma série de “especialistas”, de diversas áreas, para dar assistência às pessoas que fazem uma Reprodução Assistida (RA), mas sob a tutela das clínicas. Há, a meu ver, pouca reflexão, de áreas como a Filosofia e a Psicanálise, sobre as questões que envolvem as tecnologias reprodutivas, que pudesse contribuir para um debate social mais amplo e profundo, sem o comprometimento comercial das informações que se encontram na mídia.
- ⁶ Interessante observar que, nas pesquisas antropológicas de Malinowski, nas Ilhas Trobriands, na Melanésia, a atividade sexual na gravidez é considerada uma forma de o pai nutrir a criança.
- ⁷ Não abordei aqui as posições do feminismo brasileiro, pois ele está muito bem representado nos textos do Seminário por clássicas autoras do movimento. Gostaria somente de lembrar que, na Lei de Planejamento Familiar nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, está prevista a garantia de assistência, pelo Sistema Único de Saúde, da concepção e da contracepção.



A FERTILIZAÇÃO TECNOLÓGICA DE NOSSOS CORPOS

2

Martha Ramírez-Gálvez¹

Na década de 1970, o movimento de mulheres lançou a máxima *our bodies, ourselves*, que cristalizava a reivindicação do controle reprodutivo como condição essencial para a autodeterminação das mulheres. A posse e o conseqüente controle do próprio corpo se tornaram fundamentais para o seu acesso à cidadania. Ainda que essa máxima tenha tido suas particularidades nos diferentes contextos locais, seu significado norteou muitas das políticas e das ações que se seguiram nas décadas posteriores.

Nesse momento, reivindicar o direito à contracepção e ao aborto ia contra uma ordem hegemônica. Isto é, constituía uma resposta a “códigos” tradicionais, nos quais “as mulheres eram apenas receptáculos da norma, do discurso proferido sobre elas e sobre o uso do seu corpo” (Ávila e Gouveia, 1996, p. 164). Além do mais, tais direitos foram formulados não só como oposição a uma maternidade obrigatória, mas em paralelo ao direito à concepção, entendido como o direito a viver a gravidez e o parto com segurança e dignidade.

Nesse processo, separar sexo e reprodução se tornou um aspecto essencial, viabilizado em função do desenvolvimento de tecnologias reprodutivas, entre as que se encontram as contraceptivas e as conceptivas. As primeiras permitiram o sexo sem reprodução. Em termos gerais, permitiram às mulheres, sujeito privilegiado de saber e de políticas no campo da reprodução, se desvencilharem do determinismo biológico, jogando um papel de grande importância na escalada social das mulheres e transformações no nível macrossocial, assim como o acesso à dimensão lúdica e prazerosa da sexualidade.

No entanto, encontramos-nos, atualmente, frente ao que pode ser considerado o avesso desse processo, isto é, das tecnologias que

possibilitam a reprodução sem sexo. É sobre esse outro lado da moeda que este artigo trata.

A chamada *Reprodução Assistida* (RA) envolve uma série de procedimentos de assistência médico-tecnológica que possibilitam a ocorrência de uma concepção sem coito. A evolução desse desenvolvimento tem características de um acelerado processo, no qual técnicas como a Inseminação Artificial e, especificamente, a Fertilização *In Vitro* (FIV) tornaram-se, em pouco tempo, tradicionais ou são classificadas, no contexto da Medicina Reprodutiva, como técnicas de baixa complexidade, perante outros procedimentos mais sofisticados, como a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide (Icsi) e outras técnicas complementares, a exemplo da troca de citoplasma ou de núcleo (que visa o rejuvenescimento e/ou a melhoria dos óvulos), a maturação de gametas *in vitro* ou o Diagnóstico Genético Pré-implantacional.

O meu ponto para discussão é que sexo sem reprodução e reprodução sem sexo não podem ser colocados, pensados nem reivindicados como se fossem equivalentes. Isto é, como se a ordem em que são colocados os termos tivesse as mesmas implicações ou obedecesse à mesma lógica. Os pressupostos e as implicações éticas que sustentaram a formulação de direitos sexuais e reprodutivos, para os quais foi determinante o sexo sem reprodução, são diferentes dos pressupostos de uma lógica de mercado que perpassa em grande quantidade o campo da Reprodução Assistida ou da reprodução sem sexo. Essas tecnologias colocam a intervenção médico-tecnológica como condição necessária para a ocorrência da fecundação. A reprodução sem sexo, que acontece no laboratório e requer intervenção profissional, parece introduzir outros paradoxos. As implicações do sexo sem reprodução não são equivalentes, em termos sociais, políticos e simbólicos, à reprodução sem sexo.

De modo mais específico, interessa-me destacar aqui a criação de um mercado farmacológico e diagnóstico que cresceu paralelamente ao gerenciamento da reprodução através do consumo de práticas médicas. A medicalização do social, aspecto relevado por Corrêa (2001) ao pensar na RA, diz respeito a eventos do ciclo de vida que passam a ser situações nas quais a tecnologia age paliativamente, ignorando, em muitas ocasiões, a determinação social da saúde e da doença. Essa redescritção coloca em jogo interesses envolvidos na própria produção de atos médicos,

que implicam a comercialização e o 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.

Apresento aqui a análise de narrativas sobre RA, divulgadas em *sites* e folhetos de clínicas de RA e de laboratórios farmacêuticos, destacando os pressupostos normativos de maternidade e/ou de reprodução, assim como a relação do surgimento e da configuração desse campo como empreendimento contemporâneo de mercantilização e consumo de biotecnologias, ligado à **fetichização** do gene e à afirmação de valores tradicionais associados à família consanguínea.

Corpos fragmentados

O corpo tem sido fragmentado de diversas formas, através das várias tecnologias visuais que possibilitam a despersonalização e a desumanização de pessoas. Na RA, especificamente, observa-se a fragmentação do processo reprodutivo, por meio do qual se abre espaço para o surgimento de doação de gametas ou de útero: de umas podem ser os óvulos; de outras, o útero; e de outras/os, o desejo.

A combinação de tecnologias biomédicas e de ações de mercado permitiu o rápido surgimento de formas imprevistas e incontroláveis de comercialização das funções reprodutivas. As diferenças, ou marcadores sociais, que, anteriormente, eram identificadas na superfície ou no interior do corpo passam a estar inscritas nos genes.

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. Nesse sentido, ganha força a tendência de enfatizar o vínculo biológico em função da associação entre parentesco e saúde, implicando que a família e o parentesco sejam incluídos entre as experiências humanas a serem **medicalizadas** (Finkler, 2001).

A origem biológica se tornou, ao ver de Finkler, uma espécie de dialética entre antecipação do futuro e lembrança do passado. A história médica recapitula a história do parentesco perdida na memória dos indivíduos e expande seu olhar às relações consanguíneas. Todavia, Nelkin (2001) observa, além da **medicalização** do parentesco, sua **mercantilização**, lembrando que o DNA é mais do que um conjunto de moléculas: é um

poderoso conjunto de representações culturais. As crenças no determinismo genético impulsionam uma notável expansão da indústria da tecnologia reprodutiva, também presente no campo da RA, difundido por imagens e metáforas nas quais óvulos e espermatozóides se tornam **bens de consumo** cujo valor é determinado de acordo com seu potencial genético.

A mercantilização do parentesco não se observa unicamente na reconstrução da história familiar, mas também na seleção e programação da carga genética dos **tecnofilhos**. A possibilidade de detecção de doenças genéticas potenciais no embrião tem gerado negócios lucrativos. Nos Estados Unidos, a escolha de gametas por catálogo e de mães substitutas, divulgada amplamente pela Internet, é promovida por instituições burocratizadas que envolvem intermediários, complexos contratos e remuneração, similar à intermediação para recrutar doadoras de óvulos. Jornais e páginas eletrônicas trazem em detalhe as características desejáveis de uma doadora de óvulos (inteligência, beleza, modos, tamanho corporal e porte), que parecem determinar o valor dos “serviços”. Um exaustivo formulário, que deve ser preenchido pelas potenciais doadoras de óvulos, indaga sobre características físicas; religião; se usa lentes para correção de problemas visuais; lateralidade; presença de sardas; habilidades atléticas, em matemática, ciências e literatura; talentos artísticos; uso de tabaco, álcool e outras drogas; problemas mentais, depressão, esquizofrenia, doença bipolar; anorexia ou bulimia; automutilação, distúrbios obsessivo-compulsivos (Center for Human Reproduction, *Egg Donor Application*). A indagação desses últimos aspectos não faria sentido se estes não fossem considerados suscetíveis de transmissão genética.

A comercialização do material humano é amenizada com a retórica da dádiva, do apelo à filantropia, levando algumas mulheres a se submeterem 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).

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, a **venda de funções corpóreas** se apresenta de outra forma, como na criação do programa de doação compartilhada de óvulos, implementado por várias clínicas de RA. Segundo Barbosa (2003), através

desse programa mulheres usuárias de um serviço público de RA e sem recursos econômicos doam seus óvulos para usuárias do serviço privado que não possuem óvulos adequados para a realização dos procedimentos, em troca dos medicamentos para estimulação ovariana.

A ausência de leis no País, no sentido estrito, e a configuração de uma prática da RA **transnacional**, desde suas origens, permitem a troca de programas de venda de gametas por catálogo, como divulga a imprensa local.

No Brasil, quem tem dinheiro “importa” uma doadora escolhendo o “tipo ideal”, como fez a Mariana. “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 óvulos. Se a ovodoação der certo, Mariana poderá experimentar a gravidez e terá um filho geneticamente ligado ao seu marido e muito parecido com ela. “Quando vi a foto de Rachel no catálogo, tive um estalo. Tinha que ser ela. Precisei esperar, porque ela tinha acabado de fazer uma doação, mas não me importei” (Almeida; Bexiga, 1999).

Tecnologias gestoras da vida

As narrativas sobre os serviços de RA, programas especiais como a doação partilhada de óvulos ou de parcelamento dos **tratamentos**, pressupõem, mobilizam e reforçam normas e valores associados à maternidade e/ou à reprodução. No caso dos folhetos de medicamentos para RA, observamos uma certa homogeneidade e reiteração nos conteúdos e nas imagens. Apesar do apelo dos laboratórios às imagens que exaltam os valores ligados à maternidade, mais especificamente os atribuídos à maternidade biológica, a geração tecnológica é introduzida como um milagre. Possivelmente, esse é um dos grandes empreendimentos do mundo contemporâneo, que fica nas mãos do médico ou depende de sua assistência para sua realização, colocando o especialista no lugar de gestor de vida. 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 Biotecnologia sobre ela. Eles se tornam condições imprescindíveis para a gestão da vida, como parece sugerir a figura 1.

A ligação do bebê à caixa de medicamento **tecnologiza** a produção da vida. Aqui não se trata de fetos visualizados através de ultra-som. Nas imagens usadas na RA, trata-se de bebês “prontos”, com a beleza e a certeza de sobrevivência que estes ganham alguns meses depois do nascimento. O bebê da figura anterior tem autonomia da mãe, mas não do medicamento, ao qual está ligado através de um objeto que simula o cordão umbilical. O poder de geração da vida da mulher é deslocado para o medicamento, cuja efetividade depende, entre outros fatores, da habilidade do médico para indicar a dose certa nos casos certos. Essa imagem parece seguir a mesma lógica de outra propaganda do mesmo laboratório, na qual 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...”.

A publicidade dos laboratórios parece ser a mesma para todos os países. As imagens exploram o momento de fecundação e divisão celular, objetivando o processo de reprodução como um evento científico e tecnicamente capturado, que aconteceria de igual maneira em qualquer

contexto social ou cultural. Observa-se o alargamento da representação do processo reprodutivo a estágios cada vez mais anteriores, que possibilita, inclusive, a adjetivação dos gametas e sua descontextualização dos corpos que os produzem.

O conteúdo dessas imagens é um efeito material do processo de configuração da RA e constitui uma forma de dar sentido e atribuir significados à assistência médico-tecnológica da reprodução, isto é, constitui “operadores culturais” orientados à introdução, difusão e aceitação de novas formas e conceitos de produzir vida. As imagens abrem espaço para outras possibilidades

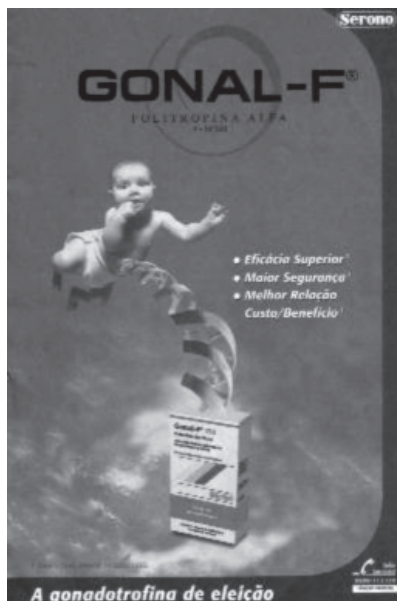


Figura 1 Propaganda
Laboratório Serono–Gonal–F

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, seu monitoramento, sua manipulação e o 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, em princípio, parece não se diferenciar dos valores exaltados nas propagandas orientadas para as/os potenciais usuárias/os dessas tecnologias. No entanto, algumas diferenças podem ser identificadas. O deslocamento ou a ausência da mulher, em consequência da centralidade atribuída ao médico e à técnica (física ou química) nas propagandas dirigidas aos profissionais, são amenizados nas imagens dirigidas às/aos usuárias/os desses serviços, que priorizam imagens de óvulos, espermatozóides, bebês e famílias “completas”.

O universo da RA é colocado ao alcance das/os potenciais usuárias/os, mediante um discurso padronizado acerca da infertilidade e das possibilidades da RA. É recorrente o apelo ao desejo de ter filhos como um anseio natural, cuja realização deveria ser um direito ao qual todas as pessoas teriam de ter acesso. O justo, nessas narrativas, é pelo menos tentar esgotar os recursos que a tecnociência disponibiliza para superar as dificuldades e os limites impostos pela natureza, como a idade, por exemplo.

Essa representação moderna da infertilidade alude ao desespero das mulheres, ao sofrimento ocasionado pela falta de filhos, na perspectiva de indicar o benefício 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”.

Técnicas como a Fertilização *In Vitro* (FIV) e a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide (Icsi) 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, atuando no nível celular, ao

possibilitar a reprodução de homens sem espermatozóides; 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.

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 do núcleo.

O entusiasmo com o desenvolvimento tecnológico e sua promessa de “cura” da infertilidade, 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 reapresentada. 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), 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.

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 das 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 cujos passos podem ser fragmentados e manipulados independentemente. O processo, como observa Kirejczyk (1993), é dissecado em seqüências de estágios autocontidos, isolados e manipuláveis.

A tecnologia reprodutiva, ao substituir algumas das funções corporais, desloca o lugar central das mulheres no processo reprodutivo e sua capacidade de agenciamento. 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, da criação e transmissão de normas sobre o corpo, a saúde e o comportamento, cujo domínio se exerce mediante a criação ou incitação de desejos ligados a identidades específicas.

A tecnologia supostamente revela o quanto a natureza necessita de assistência tecnológica. Ela pode assistir a natureza ao superar sua falha. Isto é, fazer o que esta teria feito naturalmente, indicando o caráter substituível entre natureza e tecnologia. Esse é um ponto-chave na mudança do significado cultural acerca da reprodução, cuja importância está na legitimação e naturalização da assistência ao processo reprodutivo.

As tecnologias permitiriam superar e expandir os limites de uma natureza que teria ficado pequena para dar conta do mundo contemporâneo. A natureza, nesse contexto, parece não responder à necessidade da reprodução **tardia** das mulheres modernas, o que se tornou o grande desafio nas pesquisas da RA. Como afirmara um especialista brasileiro, 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”. Nas narrativas, a RA não só proporcionaria um *helping hand* à natureza, como também a substituiria, cobrindo os buracos deixados pelo seu **estancamento** em

relação às demandas do mundo moderno. Talvez para evitar, como ilustra McNeil (1993) com a Figura 2, que algumas mulheres permaneçam na condição de “sem filhos”.

A cegonha não é mais uma ficção

Assistir a fecundação não só significa auxiliar o processo de fecundação. Também pode significar ver e assistir, desde casa, a fecundação feita no laboratório. Uma clínica de São Paulo, por exemplo, oferece a suas usuárias 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 e tornar o processo mais **transparente** para mães e pais envolvidos”, afirma um dos especialistas da clínica que promove esse inovador serviço. Com o tradicional copie-e-cole, os futuros pais e mães transferem a imagem para seu computador, imprimem em alta resolução e montam o álbum do bebê, incrivelmente completo, desde sua fecundação (Novo Milênio, 2002; Ebonet, 2002).

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).

I CAN'T BELIEVE IT
I FORGOT TO
HAVE CHILDREN!



Figura 2

As possibilidades descritas acima introduzem uma 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, assepticamente orientado e controlado, e mediado por trocas econômicas. As crianças da RA são geradas sem sexo, num lugar especializado e distante do espaço íntimo e reservado dos pais. A história da cegonha deixou de ser ficção, tornou-se realidade.

Nesse contexto, as narrativas das mulheres parecem se fundamentar 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 infertilidade aparece como um obstáculo à progressão, considerada normal e natural, de realização da identidade feminina. A imagem da mulher desesperada pela falta de filho, usada nas estratégias publicitárias da RA, supõe, como contrapartida, a imagem salvadora do universo tecnológico como expressão do inelutável progresso científico, além de uma devoção ao **progresso** científico e tecnológico. Os dilemas e as esperanças, manifestos na perseguição do bebê milagre, e as complexas negociações entre o sucesso e o fracasso da tecnologia conceptiva de última geração ilustram a intensidade com a qual, literalmente, se incorpora o progresso científico. Como observa Franklin (1997), os fatos biológicos da reprodução não são somente simbólicos no sentido de criar redes de parentesco, mas também são formas particulares de conhecimento, de acesso à verdade, com poder de instrumentalização.

A inserção do mercado na **produção** da vida pode ser compreendida num contexto de transição ou mudança do capitalismo contemporâneo. Segundo 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.

A hegemonia do gene como modelo explicativo de doenças e questões sociais traz implicações de ordem econômica, conceitual e política. A fragmentação e a objetivação, através da tecnologia e da prática médica, expõem o corpo ao mundo das *commodities*, redefinindo o valor social das pessoas ou de suas partes, 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).

A confluência do capital, da 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.

Se observarmos o que há por trás da medicalização da ausência de filhos, podemos encontrar que haveria a prescrição do desejo de filho biológico. Strathern (1992) 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 Tecnologias Reprodutivas Conceptivas 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 a aceitação dessas tecnologias, assim como também provoca a expansão de sua aplicabilidade, no sentido de redefinir a infertilidade. 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.

A vivência da gravidez, a experiência de ter um filho genético aparentado, converteu-se em mercadoria: um sonho a ser lembrado, promovido e reforçado que requer mediação médica e tecnológica para sua realização e seu controle.

Recapitulando

Para finalizar, gostaria de retornar à questão inicial. A ausência involuntária de filho, no contexto da proliferação de serviços de Reprodução Assistida no Brasil, é colocada como resultado das transformações do mundo contemporâneo-moderno, entre as quais se apontam as mudanças na condição das mulheres. A inserção das mesmas no mercado de trabalho estaria levando ao adiamento da maternidade, e a liberdade sexual aumentaria, segundo os médicos especialistas, o risco de infertilidade em consequência das doenças de transmissão sexual. Ambas as questões são atribuídas às lutas dos movimentos de mulheres e do sexo sem reprodução.

Nesse sentido, Baudrillard (1999) aponta que a função sexual estaria ameaçada pela sua própria emancipação e realização. 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

que enaltece e possibilita (em menor grau), no âmbito do laboratório, o desejo de ter filhos biológicos, do próprio sangue, a escolha de características genéticas desejáveis socialmente ou a realização das chamadas *adoções biológicas*, quando não há possibilidade de procriar com o próprio material genético.

O campo reprodutivo, de fato, tem sido ressignificado por via da tecnologia. As demandas reprodutivas de casais homossexuais, assim como de mulheres em condições celibatárias, trazem novos elementos que extrapolam o modelo regulador de sexualidade heterossexual e reprodutiva. Contudo, se existe uma ressignificação da reprodução por via da RA, pairam dúvidas acerca de seu potencial subversivo ou contra-hegemônico, que possa ser equiparado à condição libertadora que as tecnologias contraceptivas tiveram nas décadas de 1960 e 1970.

As Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (NTRc) substituem tecnologicamente uma função corporal, fazendo com que o corpo das mulheres pareça constituir extensões da tecnologia. A Medicina Reprodutiva estimula o desejo de filho biológico, mas se apropria da função criando um ciclo de dependência tecnológica e o requerimento de tratamentos e regimes altamente invasivos que podem colocar em risco a saúde, principalmente, das mulheres. Até agora tem passado pouco tempo para fazer avaliações rigorosas, em longo prazo, dos efeitos dos medicamentos e procedimentos utilizados na saúde da mulher e das futuras gerações “produzidas” mediante essas tecnologias.

Ao transferir a reprodução da alcova para o laboratório, observa-se o deslocamento da centralidade das mulheres nesse processo e a apropriação da reprodução por parte da tecnomedicina. A mulher passa a ser agente passiva da habilitação realizada pela tecnologia e pela equipe médica, ampliando o círculo de dependência tecnológica. A Biotecnologia se arroga o controle de sua instrumentalização nos seus próprios termos e lógica, perpassada pela confluência de diversos interesses num processo de “modernização conservadora” que, à diferença do sexo sem reprodução, aponta para a afirmação de valores tradicionais nos velhos termos do parentesco e da família consangüínea. O desenvolvimento e o aprimoramento de sofisticadas técnicas de diagnóstico e intervenção, assim como as narrativas publicitárias da Reprodução Assistida, afirmam e lembram às mulheres que estão aí para ajudá-las a cumprir seu “destino”, para o qual, se for necessário, as

fronteiras do ciclo reprodutivo podem ser estendidas, permitindo, inclusive, a reprodução na menopausa com óvulos rejuvenescidos.

Nesse novo panorama da reprodução sem sexo, em considerável expansão, não se trata de se posicionar, *a priori*, contra o uso das Tecnologias Reprodutivas Conceptivas, mas de realizar debates mais amplos, com participação de diversos setores da comunidade, para avaliar e regulamentar sua utilização. Resulta, no mínimo, problemático abraçar, de modo entusiasta e acrítico, as possibilidades tecnológicas conceptivas como direito reprodutivo. Como assinala Corrêa (2003), reivindicar o acesso a tais tecnologias sob o argumento do desejo de filho como direito reprodutivo tem desdobramentos que não podem ser ignorados e devem ser amplamente debatidos.

Para finalizar, há de se considerar que, nessa ampliação da rede de participantes no processo de assistência à reprodução, o casal – e, particularmente, a mulher – parece perder centralidade e ser reduzido ao fornecimento de gametas, matéria-prima para a transformação operada por outros. O que está em jogo, atualmente, não é só a autodeterminação das mulheres sobre seu corpo (como pode ter acontecido com o sexo sem reprodução), mas também estão em jogo, como indica Rotania (2001), as alterações da estrutura material-genética da espécie, a constituição do humano, reinventado por uns.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Alexandra; BEXIGA, Cláudia. Um novo jeito de ser mãe. *Folha de S.Paulo*. Cotidiano. pp. 3–8, Setembro 26, 1999.
- ÁVILA, Maria Betania; GOUVEIA, Taciana. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina M. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.
- BARBOSA, Rosana. Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: produzindo classes distintas de mulheres? In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene (Orgs.). *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. Brasília: LetrasLivres, 2003.
- BAUDRILLARD, Jean. *Tela total: mito-ironias da era do virtual e da imagem*. Porto Alegre: Sulina, 1999 [1997].
- BEBÊ 2000. Fertilização Assistida! A tomada de decisão... Agosto 1, 2001. Disponível em: http://www.mulher.com.br/colabora/b_2000/fertilizacao_assistida.htm.
- CENTER FOR HUMAN REPRODUCTION <www.centerforhumanreprod.com> Acesso em: 16/05/2003.

- CHAZAN, LÍlian. 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, Out. de 2002.
- CLÍNICA E CENTRO DE PESQUISA EM REPRODUÇÃO HUMANA ROGER ABDELMASSIH. Disponível em: <<http://www.abdelmassih.com.br/nossosbebes/index1.html>> Acesso em: 24/03/2000.
- CORRÊA, Marilena. *Tecnologias reprodutivas*. Limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro: 2001.
- CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betania. Direitos sexuais e reprodutivos. Pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (Org.). *Sexo & vida*: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp, 2003.
- _____. Medicina reprodutiva e desejo de filhos. In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene (Orgs.). *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas*: questões e desafios. Brasília: LetrasLivres, 2003.
- DIASON. Disponível em: <<http://www.diason.com.br/default.asp?corpo=medrep&doc=III>> Acesso em: 18/04/2002.
- EBONET. Internet mostra desenvolvimento de bebê de proveta. Disponível em: <www.ebonet.net/canais/verprn.cfm?m_id=3417> Acesso em 18/04/2002.
- FINKLER, Kaja. The kin in the gene. The medicalization of family and kinship in American society. *Current Anthropology*. v. 42, n. 2, April 2001.
- FRANKLIN, Sarah. *Embodied Progress*. A cultural account of assisted conception. London and New York: Routledge, 1997.
- HARAWAY, Donna. Manifestó para cyborgs: ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX. In: *Ciencia, cyborgs y mujeres*. La reivención de la naturaleza. España: Cátedra, 1995.
- INSTITUTO PAULISTA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA <www.ipgo.com.br> Acesso em: 01/03/2000.
- KIREJCZYK, Marta. Shifting the burden onto women. The gender character of the “in vitro” fertilization. *Science as culture*. v. 3, part 4, n. 17, pp. 507–521, 1993.
- McNEIL, Maureen. New reproductive technologies. Dreams and broken promises. *Science as Culture*. v. 3, part 4, n. 17, pp. 483–506, 1993.
- NELKIN, Dorothy. Comment 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.
- NOVO MILÊNIO. *Clínica de fertilidade mostra imagens na Web. É brasileira a primeira clíni-*

ca 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.

PFEFFER, Naomi. The stork and the syringe. A political history of reproductive medicine. Cambridge: Polity Press, 1993.

RAGONÉ, Helena. Surrogate Motherhood. Conception in the heart. Boulder (USA): Westview Press, 1994.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha Celia. *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas*: fabricando a vida, fabricando o futuro. Campinas, 2003a. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

_____. Questões e desafios decorrentes da fabricação de bebês. In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene (Orgs.). *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas*: questões e desafios. Brasília: LetrasLivres, 2003b.

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.

SANTOS, Laymert Garcia. Politizar as novas tecnologias. O impacto sociotécnico da informação digital e genética. São Paulo: Ed. 34, 2003.

SHARP, Lesley. The commodification of the body and its parts. *Ann. Rev. Anthropol.* v. 29, 2000, pp. 287–328.

STRATHERN, Marilyn. *Reproduction the future*: essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies. Manchester, Manchester University Press: 1992.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha Célia. *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas*: fabricando a vida, fabricando o futuro. Campinas, 2003. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas.

ROTANIA, Alejandra. A celebração do temor. Biotecnologias, reprodução, ética e feminismo. Rio de Janeiro: E-papers, 2001.

THE BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE. Our bodies, ourselves. New York: Simon and Schuster, 1971.

Notas

¹ Doutora em Ciências Sociais. Pesquisadora e colaboradora do Núcleo de Estudos de Gênero Pagu/Unicamp e integrante do Grupo de Pesquisa CTeMe/Unicamp.



POR UMA ECOLOGIA DA PROCREAÇÃO HUMANA OU NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS?

3

Alejandra Rotania¹

Passei os últimos vinte anos estudando o fantasma da tecnologia reprodutiva [...] o que parece ser um simples avanço médico [...] tem o potencial de se transformar em pesadelo de ficção científica que muitos sequer conseguem imaginar. Lori B. Andrews - EUA

O feminismo é pensamento e ação política em um campo de incontestável riqueza teórica e prática. Nasce como uma ética visceral singular, pois revê e questiona os conceitos e os valores que historicamente têm levado a ignorar as mulheres como sujeitos éticos e políticos plenos. Propõe a mudança das relações de poder hierárquicas entre homens e mulheres, a conquista dos direitos civis, políticos e sociais e o exercício da autonomia plena em todos os domínios da vida social e pessoal.

O núcleo do feminismo, um campo heterogêneo de idéias e propostas sociais e políticas de mudança, é o reconhecimento consensual da existência da opressão, da necessidade da tomada de decisão sobre o próprio corpo, do reconhecimento da sua singularidade, da manifestação histórica da exclusão e da subordinação social e cultural e da necessidade da sua superação.

Um dos fundamentais pontos de partida da análise da situação da opressão da mulher na história foi o binômio natureza *versus* cultura, aliás, um binômio fundamental de toda a reflexão filosófica permanente e dialética sobre a identidade humana.

Partindo deste princípio, o corpo, suas especificidades, a procriação e a maternidade se constituíram em eixos produtores de conhecimento e de

significados necessários à desconstrução cultural da opressão feminina e sua posterior proposta de novas elaborações.

Reprodução e Bioética

A análise da procriação humana conduziu ao conhecimento técnico sobre as perspectivas de evitar a maternidade compulsória ou a “naturalização da maternidade”, fonte de opressão e controle social do corpo feminino. Foi preciso elaborar um enfoque teórico que permitisse propiciar o afastamento paulatino entre a sexualidade e a procriação.

Esse processo, visto o dinamismo do desenvolvimento das ciências e da tecnologia, conduziu, nos últimos trinta anos, à diluição das últimas fronteiras da relação entre o ser humano e a natureza no campo da reprodução, isto é, à separação definitiva entre a sexualidade e a procriação, com a utilização das Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas e da clonagem.

A Bioética contemporânea apresenta vertentes variadas (americana, européia, entre outras) e teorias diversas. Na década de 1970, emerge a idéia de que o progresso tecnocientífico na área da Biologia e demais ciências da vida e afins põe em perigo a humanidade e a própria sobrevivência da vida sobre a Terra². Essa percepção dá origem ao que se denominou *Bioética*, isto é, em termos gerais, as concepções de mundo que embasam o pensamento humano e estabelecem as bases do agir em um contexto histórico específico. A fisiologia da reprodução foi a outra preocupação originária e central da Bioética³.

Segundo Tubert (1996:324), as novas tecnologias supõem a instrumentalização do Outro e, com isso, a conseqüente anulação da alteridade. Isso revela um fracasso coletivo na manutenção da dimensão simbólica de nossa vida como seres humanos. A ciência e a tecnologia transformam não somente os corpos, senão a humanidade toda numa *coisa*.

Por que ecologia da procriação *versus* Novas Tecnologias Conceptivas e Genéticas?

A princípio, esse título pode parecer inusitado. Ele traz uma provocação reflexiva para um ensaio sobre os significados dos novos dilemas que a tecnociência biológica contemporânea coloca diante de nós⁴.

Queremos defender a idéia de que há a possibilidade de uma ecologia da procriação humana, de maneira a poder reivindicar, defender e consolidar os processos (concepção, gestação, parto, fecundação, nascimento) como eventos fisiológicos, ou, dito de outro modo, naturais⁵, de forma a poder relacionar nosso ser com ele mesmo, nós, nossa vida conosco mesmos e com toda a vida da qual fazemos parte. Porém, todos sabemos, de uma ou outra forma, que falar em natureza e em novos sentidos das relações entre os seres humanos e a natureza pode resultar, para muitos, em uma intenção obscurantista, antiprogresso, anticultura, anticiência. Trata-se quase de uma heresia para os valores predominantes na nossa civilização contemporânea, baseados no cientificismo, no pensamento único e nas tecnologias biológicas e genéticas de alta complexidade.

É preciso exercitar a coragem de ser e rever permanentemente os valores que fundamentam as ações, a ética, os direitos humanos. Hoje estamos em um mundo onde a possibilidade da indagação crítica foi suprimida e que se encontra radicalmente privado de sentido. Referimo-nos à violência e ao sem sentido de um cenário de fatos onde a concepção humana, através da técnica da clonagem – seja para fins reprodutivos ou terapêuticos (que pode ser tomada como emblema) –, e as tecnologias genéticas associadas à Fertilização *In Vitro* estão colocadas no universo de factibilidades tecnocientíficas, na pauta das agendas de discussões nacionais e internacionais ou se realizam “inadvertidamente” nas clínicas de fertilização artificial do País e do mundo. E, quando se pensa no porquê ou no sentido desses eventos tecnocientíficos, pode-se observar o predomínio de uma justificativa convincente: trata-se de dar felicidade a uma mulher, de aumentar seu poder de escolha; trata-se da cura de doenças; trata-se de mitigar o sofrimento humano. Há uma violência cultural que insidiosamente se nos apresenta como um bem e como verdade absoluta, inquestionável, encarregada de moldar corações e mentes para aceitar, de forma passiva e banal, uma realidade em que o porquê ou a busca de sentido sejam transformados em uma heresia contra o progresso, a ciência e a tecnologia e o bem-estar do gênero humano.

Fertilização *In Vitro* tradicional (concepção fora do corpo humano sem relação sexual), clonagem radical (concepção produzida tecnologicamente que prescinde da união das células geminativas), perspectivas de útero artificial, modificação genética embrionária, alimentação artificial

dos bebês, esterilização cirúrgica ou química compulsória, adoção indiscriminada do parto cirúrgico como forma moderna de parir e nascer e hiperestimulação ovariana com substâncias produzidas por Engenharia Genética para a otimização da produção de óvulos são eventos que provocam profundas perturbações no campo da ética e dos direitos humanos e no universo de valores do feminismo original.

Trata-se de eventos biológicos em processo de total fragmentação e externos ao corpo feminino que constituem objetos de manipulação da tecnociência, ou seja, de eventos que alguns denominam biotecnoculturais – tal o grau do intervencionismo do redesenho –, que modificam ou modificariam o conceito de vida ou de espécie humana e indicam a possibilidade de conceber, modificar e desenvolver seres humanos nos laboratórios, com alto valor de mercado segundo os procedimentos da engenharia e o controle de qualidade. *Faz-se de conta* (percepção acrítica ou propositadamente imposta) que não houve nenhuma ruptura ontológica no modo de pensar e de agir dos humanos nos últimos quatrocentos anos de História.

O ciclo reprodutivo tecnológico: a fecundação e a gestação

A concepção é um evento fisiológico, natural, que ocorria no interior do corpo das mulheres pela união do óvulo com o espermatozóide, como ocorre em todos os mamíferos.

Ao pretender “colaborar com a natureza”, o ser humano criou, após longas experiências em animais, a chamada Inseminação Artificial humana. Essa técnica pode ser considerada própria da *techné* – no sentido grego originário, *técnicas do engenho e da arte* –, uma cumplicidade essencial entre os seres humanos e a natureza, uma atitude que não atenta contra a integridade ontológica do vivo, antes bem a reforça como exercício humano no reino da liberdade (Rotania, 2001, p. 452).

Mas, com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, a união do óvulo com o espermatozóide, a concepção, passou a ser propiciada fora do corpo feminino (o que não deixa de ser mais uma expropriação), *in vitro*, pelos especialistas. Segundo Michel Sèrres, o corpo se esvaziou de mais uma função. Só que essa é uma das funções sobre a qual se exerce um poder ainda maior que o exercido no andar da História, pois parece

ter implicações nunca dantes concebidas ao possibilitar a modificação da própria espécie.

O diagnóstico realizado em embriões produzidos por FIV antes da transferência para o útero (Diagnóstico Genético Pré-implantacional – DGP), que vem sendo realizado na Europa, nos EUA, na Índia e no Brasil, é um processo de seleção por qualidade embrionária que a gestação tecnológica propicia. As técnicas de modificação da espécie encontram-se atreladas ao diagnóstico. Em novembro de 2000, a França anunciou o primeiro bebê selecionado geneticamente no Hospital Antoine Beclere, em Clamart, a partir da aplicação do DGP, de análise genética e manipulação embrionária para evitar déficit enzimático hepático grave (Rotania, 2001, p. 126).

Sob o enfoque da ecologia da procriação humana, se abre um espaço para falar em “ecologia da gestação”, reivindicando que o útero, esse lugar quente, obscuro e perigoso, segundo alguns, deveria ficar mesmo sob os cuidados e a proteção de quem o possui por razões fisiológicas ou naturais, isto é, a mulher, acolhido no contorno do seu próprio corpo, sede da sua subjetividade, sua existência, sua autonomia e sua moralidade.

Contudo, sabe-se que as experiências para a busca de alternativas extracorpóreas para a gestação vêm de longa data (Rotania, 2001, p. 145). Na Itália, na Unidade de Medicina Reprodutiva do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de Bolonha, utilizaram-se úteros extraídos por histerectomia em pacientes com câncer aos quais haviam sido transferidos embriões excedentes de FIV, conseguindo-se uma sobrevida embrionária de 52 horas. Na década de 1960, foram realizadas as primeiras experiências de fabricação de equipamentos substitutivos da função uterina e placentária. Desde 1996, uma equipe anglo-japonesa da Universidade de Jutendou, Tóquio, realiza experiências com fetos de cabra suspensos em líquido amniótico artificial e à temperatura adequada dentro de pequenos tanques de acrílico.

Jeremy Rifkin, um economista americano especialista em Biotecnologia, que publicou livros interessantes sobre esse tema, já traduzidos ao português, interroga-se⁶ se estamos em um período que indica o fim da gravidez humana. Que tipo de ser humano seria aquele produzido, submerso em líquido em uma caixa de plástico ou de vidro? E caberia acrescentar: e que tipo de seres humanos seriam aqueles que o “produziriam”? Recentemente,

cientistas da Universidade de Cornell anunciaram que haviam realizado com êxito pesquisas sobre revestimento uterino artificial empregando um coquetel de drogas e hormônios. O objetivo da pesquisa, liderada pelo Dr. Hung Chiung Liu, do Centro de Medicina Reprodutiva e Esterilidade, é ajudar os casais inférteis criando um útero completo que poderia ser transferido a uma mulher. É de conhecimento que fetos com vida são mantidos em incubadeiras durante os três últimos meses de gestação e que pesquisadores regularmente fertilizam óvulos e mantêm vivos os embriões durante três ou quatro dias antes de transferi-los para o útero da mulher nos processos de reprodução humana assistida.

Cientistas como Kuwabara tentam, através das experiências, descobrir a factibilidade de desenvolvimento embrionário em úteros artificiais entre o começo e o fim do processo de gestação, conectar os cordões umbilicais das cabras a máquinas que atuam como placentas, bombeando sangue, oxigênio e nutrientes e extraíndo produtos excedentes. Conseguiram manter os fetos em desenvolvimento durante dez dias nesse útero artificial. Esse acompanhamento facilitaria os processos de correção de anomalias e possibilitaria modificações genéticas (Rifkin, 2002).

Sabemos que o campo da gestação encontra-se perturbado também pela perspectiva da gravidez masculina, que, já na época em que Jacques Testart escrevia *O ovo transparente*, na década de 1980, era considerada uma especulação promissora nos corredores dos encontros de especialistas em Reprodução Assistida, visto que não parece ser uma fantasia, mas uma perspectiva baseada em corretas noções fisiológicas.

A “gestação tecnológica” associada à “concepção tecnológica” permite perceber e avaliar os profundos impactos e significados da Biotecnologia na espécie humana antes que seja irremediavelmente tarde. Uma decorrência esperada, quase uma decorrência “tecnonatural”, é o fechamento do ciclo da Biotecnologia no campo da vida humana: seres humanos que poderão ser totalmente criados, modificados e desenvolvidos nos laboratórios.

Implosão de fronteiras: qual futuro?

A clonagem radical, sabe-se que é uma tecnologia assexuada de transferência nuclear (o núcleo de uma célula é transferido a um óvulo esvaziado do seu próprio núcleo) que prescinde da relação sexual. Um novo ser é concebido *in vitro* por intervenção tecnológica. Experiências

crescentes e variadas sobre esse procedimento assexuado são realizadas e noticiadas permanentemente, apesar das proibições, da legislação restritiva e dos debates inconclusos sobre a legalidade e a eticidade.

Costuma-se citar muito a novela de Aldous Huxley (*Admirável Mundo Novo*, 1932), mas vale citá-la mais uma vez pela força do seu desafio para a reflexão. Nela, um dos controladores mundiais da civilização utópica solicita a um dos jovens que faça um esforço por lembrar “como era ter uma mãe vivípara que carrega o feto no útero”. Uma pergunta possível para as gerações futuras: “Como era ter um pai e uma mãe?” (Rifkin, 2002). No filme *Gattaca – Uma experiência genética*, os pais que decidem ter um filho pela “via do amor” são discriminados e considerados temerários e irresponsáveis no contexto de uma sociedade baseada no controle genético. Só os selvagens, isolados ou refratários à civilização, ou os animais continuam concebendo, gestando, parindo e amamentando seus filhos⁷.

Observa-se, então, que todo o processo de procriação das espécies vivas e do gênero humano (seu corpo, suas funções, suas partes) transformou-se em objeto da tecnociência contemporânea, um dos pilares fundamentais do paradigma moderno. Há poderosas razões econômicas e políticas que fundamentam esse processo histórico. Essas razões são escamoteadas; seus “porquês”, ocultos por uma vontade de poder global que se reveste de razões morais, filosóficas e culturais próprias da modernidade hegemônica. No centro desse processo, cabe um esforço de desconstrução de valores e ações, cabe o direito a duvidar e pensar livremente para que se compreenda o verdadeiro sentido desse modelo de desenvolvimento humano, cabe reinventar e redirecionar o sentido do gênero humano e suas relações com a natureza.

O núcleo natureza e cultura é merecedor de todos os esforços possíveis de análise na nossa atual conjuntura do desenvolvimento humano. Uma tarefa complexa e difícil para a história cultural e política de homens e mulheres. Se o conceito de *ecologia* diz algo para aqueles que não temem se horrorizar, é preciso mapear o emaranhado das suas vertentes valorativas atuais e desenhar um campo possível para o pensamento e a ação levarem sustos, expressarem o horror; buscar os porquês é de uma relevância cuja magnitude está a par do grau de grandeza dos eventos assinalados. Aliás, “levar sustos é uma possibilidade que se pretende também eliminar na

ficção de um futuro sem surpresas, calculado e controlado na era das bios?” (Carneiro, 2000).

Se existem ou não perspectivas de mudança desse caminho hegemônico adotado pelo desenvolvimento humano, com base em um sistema de poder altamente centralizado, excludente e baseado no entendimento da descartabilidade humana com vistas à sua manutenção e que adota a mensagem, facilmente incorporável, de um progresso intrinsecamente voltado para o bem da humanidade, é uma questão a ser discutida cotidianamente no marco do indivíduo e da sociedade. Essa reflexão deve ter como eixo a questão do indivíduo e sua autonomia, a comunidade humana de homens e mulheres, o contexto contemporâneo da ação e suas conseqüências para o futuro da humanidade. Trata-se não de uma questão ideológica – é comum encontrar essa classificação no debate contemporâneo como modo de desqualificação – dos a favor ou contra, das igrejas e dos cientistas, do capital nacional ou internacional, das preocupações correspondentes às realidades do Sul ou do Norte, de binômios e pólos os quais podem ser escolhidos em função de interesses específicos. Trata-se de uma questão de natureza ético-política, de definição da humanidade que queremos, de novas hermenêuticas da relação dos seres humanos com a natureza, da luta pela legitimidade do agir individual e coletivo responsável, de repensar os significados da natureza e da cultura no contexto do livre-arbítrio humano. E aqui o feminismo deve confirmar sua vocação histórica para o pensamento crítico e a ação ético-política.

Para finalizar, cabe deixar uma mensagem sobre a relevância ético-política da articulação desses diversos movimentos e ações sociais no campo das biopolíticas em sentido geral, da saúde e dos direitos humanos. No processo de consolidação de uma visão de mundo crítica e superadora, é importante indagar sobre quais são os princípios e valores que possibilitariam construir significados e estratégias comuns entre todos esses eventos e setores? Qual seria o teor das argumentações compartilhadas e sua força política para a mudança?

A resposta integradora a essas indagações como contribuição do feminismo poderia assinalar caminhos para o entendimento e a implementação de uma ecologia da procriação humana, que não é outra coisa senão a idéia e a possibilidade de pensar e agir a favor da diferença, da diversidade, do desenvolvimento sustentável do ponto de vista ético, da

autonomia responsável dos seres humanos, do respeito à singularidade da espécie e o respeito à autodeterminação das gerações futuras.

Assistimos mudos e impassíveis a uma provável mutação do ser humano e de sua concepção.

Estamos fascinados pelo combate da ciência à esterilidade, fascinados a ponto de perder todo o senso crítico.

Louise Vandelac – 1992

Referências bibliográficas

- CARNEIRO, F. As provas desgastam a verdade: ética, vivência e conhecimento. In: ROTANIA, A. (Org.). *Bioética: vida e morte femininas*. Rio de Janeiro: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos – Regional Rio de Janeiro, 2000. pp. 75–91.
- RIFKIN, J. Copyright Clarín y Los Angeles Times, 2002. Traducción de Elisa Carnelli. The Los Angeles Times. *Evolution's Pregnant Pause: Artificial Wombs*. Commentary, Jan. 21, 2002; p. B.11.
- ROTANIA, A. Refletindo sobre o Progresso: Tecnologia e Humanismo. In: SER MULHER. *Parto: tempos de ser e de nascer*. Nova Friburgo: Alberian, 1999.
- _____. *A Celebração do temor — biotecnologias, reprodução, ética e feminismo*. Rio de Janeiro: E-papers, 2001.
- SÈRRES, M. Prefácio. In: TESTART, J. *O ovo transparente*. São Paulo: Universidade de São Paulo: 1995. pp. 9–19.
- SER MULHER. *Parto: tempos de ser e de nascer*. Nova Friburgo: Alberian, 1999.
- TUBERT. *Mulheres sem sombra*. Maternidade e Novas Tecnologias Reprodutivas. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1960.

Notas

¹ Mestra em Ciências Sociais e doutora em Ciências- Engenharia de Produção; Coordenadora Executiva de Programas do Ser Mulher - Centro de Estudos e Ação da Mulher Urbana e Rural, responsável pelo projeto Sob o Signo das Bios - O que é Biopolítica, que tem apoio da Fundação Heinrich Böll. Autora e organizadora de vários livros, artigos e publicações sobre o tema do feminismo, da bioética, da reprodução assistida, da biotecnologia e da biopolítica.

² Temos presentes as contribuições insubstituíveis, nessa década, à filosofia da biologia de Potter (biólogo americano) e Hans Jonas (filósofo alemão).

³ Com o ginecologista e obstetra americano Hellergers na mesma década.

⁴ Ser Mulher, 1999. Parto: Tempos de Ser e de Nascer.

⁵ Essa observação exige um aprofundamento de grande relevância relativo ao que se pode entender por “natural” no contexto do humano, impossível de ser realizado nesse espaço.

⁶ Em matéria publicada no Clarín, Argentina, 6-2-02 (<http://www.clarin.com.ar/diario/2002-02-06/o-02301.htm>).

⁷ Em um município do interior do Estado do Rio de Janeiro, onde a taxa de cesariana na rede particular é de 98% e, na rede pública de saúde, de 51%, uma enfermeira surpreendeu-se com as queixas de uma mulher que tinha indicação de parto cirúrgico, desejando intensamente ter o filho por parto natural. Exclamou: “Minha filha, aqui só tem centro cirúrgico, essa coisa de parir filho por baixo é coisa de animais, esse tempo já passou!”.



INFERTILIDADE E INFECUNDIDADE: ACESSO ÀS NOVAS TECNOLOGIAS CONCEPTIVAS

4

Debora Diniz¹

Rosely Gomes Costa²

O que torna uma mulher elegível para as novas tecnologias conceptivas? A infertilidade ou a infecundidade? O desejo por filhos é razão suficiente para garantir o acesso às técnicas conceptivas ou é preciso uma explicação médica para a infertilidade como condição de possibilidade para o acesso? A questão do acesso foi um debate esquecido na América Latina, em especial na última década, quando houve um enorme crescimento das clínicas de reprodução assistida.³ Havia um pressuposto de que o discurso biomédico seria suficiente para definir os critérios de elegibilidade. Ingenuamente se presumia que somente mulheres e homens inférteis, isto é, aqueles com restrições físicas de fertilidade buscariam a Medicina Reprodutiva para reproduzir-se.

Infertilidade e infecundidade são expressões de diferentes fenômenos, apesar de no campo das tecnologias reprodutivas serem dois conceitos intimamente ligados. A infecundidade é a ausência de filhos. Uma mulher, um homem ou um casal infecundo é aquele que não possui filhos. A infecundidade pode ser voluntária ou involuntária. No primeiro caso, a ausência de filhos é parte de um projeto pessoal ou conjugal e não se expressa como um problema biomédico. Já a infecundidade involuntária é aquela comumente traduzida em termos biomédicos como sinônimo de infertilidade. Mas é preciso deixar claro que nem sempre uma mulher, um homem ou um casal involuntariamente infecundo apresenta restrições clínicas de fertilidade ou mesmo não é sempre que se descobrem as causas da infecundidade involuntária. Desta forma, apesar de a Medicina

Reprodutiva se postular como um campo de tratamento da infertilidade, sua principal garantia é de solucionar por meio das tecnologias reprodutivas a infecundidade involuntária pela produção de bebês. Esta fronteira entre infecundidade e infertilidade é de especial importância para a compreensão de qual fenômeno moral vem sendo protegido pelas leis, normas e protocolos médicos em diferentes países latino-americanos.

Mas foi somente com o início do debate legislativo em diferentes países latino-americanos que o tema da elegibilidade foi seriamente enfrentado como uma das questões centrais à regulamentação do uso e acesso às tecnologias.⁴ Nesta passagem de um tema médico para uma questão política, o foco das atenções também se modificou. Se nos anos 1990, a grande questão em torno das tecnologias reprodutivas era sobre a biossegurança dos procedimentos, nos anos 2000, a controvérsia é eminentemente moral.⁵ Por um lado, o tema da manipulação precoce do embrião e do descarte embrionário e, por outro, a possibilidade de pessoas sozinhas e homossexuais poderem ter acesso às técnicas provocou uma intensificação do debate público.⁶

A tranqüilidade médica inicial de que somente pessoas inférteis seriam elegíveis às técnicas trazia consigo a premissa moral de que somente pessoas heterossexuais em relação de conjugalidade buscariam a Medicina Reprodutiva.⁷ De fato, vários serviços públicos de tratamento de infertilidade como, por exemplo, no Brasil, no Egito, ou na Holanda, costumam ter critérios para a inclusão no tratamento. Estes critérios vão desde uma idade limite para a mulher – em torno de 38 anos – à exigência de relação estável com parceiro fixo.⁸ A justificativa é a de que, de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a esterilidade é a incapacidade de um casal engravidar após o período de um ano de relações sexuais sem proteção contraceptiva.⁹ Calcula-se que 80% dos casais engravidem no período de um ano de relações sexuais; outros 10% serão capazes de engravidar no segundo ano; e os demais são considerados como tendo problemas de esterilidade.

Por esta definição, mulheres e homens sozinhos – independente de suas orientações sexuais – ou casais homossexuais seriam impedidos de ter acesso aos serviços públicos porque não se encaixariam na definição de esterilidade adotada.¹⁰ A situação clássica prevista pela definição da OMS e largamente adotada por serviços de saúde na América Latina seria a de um casal heterossexual que, após inúmeras tentativas de gravidez sem sucesso e com um longo itinerário terapêutico, encontraria nas tecnologias

conceptivas a solução para a infecundidade involuntária. O desejo por filhos seria o motivo suficiente para o acesso às tecnologias, mas desde que fosse o desejo por filhos de um casal heterossexual. Haveria uma sobreposição entre infertilidade e infecundidade: a ausência de filhos levaria a uma investigação médica que terminaria por justificar o uso das técnicas reprodutivas. O objetivo das técnicas não era diretamente solucionar a restrição de fertilidade, mas garantir a produção de um bebê.¹¹

A figura do casal como o foco das atenções não foi apenas parte de um ato técnico de cuidado biomédico, mas essencialmente um ato moralizador no campo da sexualidade e da reprodução. Em muitos casos a figura do casal infértil não existe, o que há é o casal infecundo, isto é, um casal a procura de filhos biologicamente vinculados. Ou mesmo pessoas sozinhas infecundas à procura de um filho com vínculos biológicos. A origem da infertilidade muitas vezes se mantém desconhecida, mesmo após inúmeras investigações biomédicas. O diagnóstico de “infertilidade sem causa aparente” é não apenas parte do vocabulário médico oficial, mas de muitas mulheres e homens como justificativa para a ausência de filhos.¹² São raras as situações em que tanto a mulher quanto seu companheiro apresentam restrições clínicas de fertilidade. Regra geral, os limites físicos estão no corpo de apenas um dos parceiros, muito embora grande parte dos tratamentos e induções hormonais ocorra no corpo da mulher.

Mas se o casal infértil é antes uma representação moral que mesmo um diagnóstico médico, por que seu uso é tão recorrente na literatura biomédica e mesmo nas Ciências Sociais?¹³ Este artigo discutirá como a criação e perpetuação da categoria casal infértil serviu tanto a propósitos políticos de institucionalização da Medicina Reprodutiva quanto ofereceu garantias morais que o acesso às tecnologias conceptivas seria restrito a casais heterossexuais em situação de conjugalidade.¹⁴ Ao desnudar os pressupostos morais da categoria casal infértil, o objetivo é discutir em que medida a naturalização da heterossexualidade como regra moral para os projetos de constituição de família foi o que facilitou a sobreposição de infecundidade e de infertilidade, mas também é o que poderá restringir o acesso de pessoas sozinhas ou homossexuais às tecnologias conceptivas.

As tecnologias reprodutivas conceptivas são um conjunto de técnicas biomédicas que visam concretizar o projeto de parentalidade biológica de mulheres e homens involuntariamente infecundos.¹⁵ Algumas das técnicas

mais comuns são a inseminação uterina, a fertilização *in vitro* e a injeção intra-citoplasmática de espermatozóide. A infecundidade involuntária foi traduzida por várias autoras das Ciências Humanas, em especial as de inspiração feminista, como a ausência involuntária de filhos.¹⁶ Mulheres e homens que buscam a Medicina Reprodutiva o fazem à procura de ter filhos e, em geral, após um longo itinerário terapêutico e de tentativas de gravidez sem intervenção médica. Houve um período em que as causas da infecundidade involuntária foram da alçada dos saberes psi, mas em meados dos anos 1970 assumiu-se como um tema médico passível de intervenção no corpo feminino e somente recentemente no corpo masculino.¹⁷

Em muitos casos, não há diagnóstico clínico para a infertilidade. Parte-se da presunção de que a mulher mantém relações sexuais heterossexuais desprotegidas de métodos anticoncepcionais e que não consegue engravidar. Na verdade, a identificação da infertilidade como um estado de enfermidade somente surge após a instauração do desejo pelo filho, isto é, somente quando a infecundidade passa a ser uma infecundidade indesejada. O desejo pelo filho associado à impossibilidade física de tê-lo faz com que muitas mulheres e homens considerem-se doentes ou deficientes.¹⁸ Por outro lado, há casos de pessoas com infertilidade que jamais se identificarão como inférteis ou mesmo como doentes, pois a infertilidade como algo passível de intervenção médica somente se instaura quando surge o desejo pelo filho. E são exatamente as pessoas inférteis que não desejam filhos que demonstram a fronteira entre infertilidade e infecundidade involuntária. Nem todo o corpo estéril será submetido à medicalização pelas tecnologias concepcionais; somente as pessoas inférteis para quem a infecundidade é indesejada procuraram auxílio da Medicina Reprodutiva.

Nesse sentido, o principal objetivo das tecnologias concepcionais não seria reverter ou solucionar as possíveis causas de infertilidade que conduzem à infecundidade involuntária, mas garantir a produção de um bebê. Solucionar a infecundidade pela produção de um bebê com laços biológicos com os genitores é a promessa de resultado das tecnologias concepcionais. Este câmbio de perspectivas – da infertilidade para a infecundidade – não se deu sem razão. A Medicina Reprodutiva consolidou-se como uma nova especialidade médica cuja identidade era antes a de um serviço que mesmo a de um tratamento de saúde. A despeito de todas as restrições de eficácia das técnicas reprodutivas, ainda é mais

fácil produzir um bebê que identificar, tratar ou curar as causas físicas da infertilidade em mulheres e homens. Há uma parcela significativa dos casos de infecundidade involuntária para os quais não são identificadas as possíveis causas de infertilidade.

Foi neste contexto ambíguo entre serviço e tratamento que a categoria casal infértil se mostrou estratégica. Com poucas exceções, a infertilidade não é uma condição física do casal, mas sim de mulheres e homens em particular. E, em quase todos os casos, indiferente à origem da infertilidade, as intervenções são realizadas no corpo da mulher. Transformar a infertilidade em uma condição familiar e não mais em um problema de saúde individual foi uma estratégia moral que facilitou o engajamento no tratamento médico mesmo de quem não apresentava qualquer restrição de fertilidade. A idéia de que a infertilidade é um problema do casal é uma ferramenta discursiva que facilita a medicalização da infecundidade. Caso contrário, outras possibilidades de solucionar a infecundidade poderiam ser enunciadas, sendo a mais simples delas a substituição do corpo estéril no projeto reprodutivo.

Mas para que a saída para a infecundidade se mantivesse na Medicina e não em outras instituições sociais – como a adoção, por exemplo – foi preciso assumir as tecnologias conceptivas como tratamento e não simplesmente como um serviço de produção de bebês.¹⁹ A pretensão de medicalização da infertilidade retirou do corpo estéril a origem da infertilidade e a redesenhou como uma questão familiar. A infertilidade não estava apenas em uma trompa obstruída ou na baixa produção de espermatozoides, mas no projeto familiar de um casal que não era capaz de concretizar o desejo de filhos sem o auxílio da Medicina. O resultado foi que, além de garantir a consolidação de uma nova especialidade médica em nome de um projeto social considerado fundamental – a constituição da família – e não mais apenas de um serviço, a categoria casal infértil manteve distante o apelo por filhos oriundos de outras constituições familiares que não as assentadas no casal heterossexual.

Uma análise superficial da categoria casal infértil na Medicina Reprodutiva poderia sugerir uma certa plasticidade moral do conceito, até mesmo por uma neutralidade de gênero. A hipótese de que, potencialmente, a categoria casal infértil seria universalista quanto à orientação sexual das usuárias e usuários da Medicina Reprodutiva é antes uma estratégia política de negociação no debate Legislativo brasileiro, por exemplo, que

mesmo um indicador de garantias universais de acesso às tecnologias. Na verdade, uma compreensão moralmente alargada da categoria casal infértil viu-se constrangida pela própria ideologia naturalista que garantiu o sucesso e consolidação das tecnologias conceptivas como um tratamento complementar à natureza. Pesquisas etnográficas mostram que entre casais heterossexuais usuários das tecnologias reprodutivas estas também são vistas como válidas nos casos em que estão “dando uma ajuda à natureza”, o que exclui mulheres e homens sozinhos e casais homossexuais.²⁰

A proposta moral das tecnologias conceptivas nunca foi a de produzir bebês para todas as pessoas ou casais que se considerassem involuntariamente infecundos. Uma pista que indica qual o casal legitimamente infecundo para se tornar usuário das clínicas de reprodução pode ser encontrada no conceito de natureza largamente utilizado pela Medicina Reprodutiva. As técnicas reprodutivas não se posicionaram como uma ameaça à natureza, mas sim como técnicas complementares à reprodução natural.²¹ A acusação de manipulação da natureza dirige-se ao manuseio e descarte dos embriões, mas não diretamente à produção de futuros bebês em laboratório. Ao contrário, a tal ponto a ideologia naturalista foi fortalecida com as tecnologias conceptivas que, exceto pela proximidade com o tema do aborto ou com o da clonagem terapêutica e reprodutiva, a Medicina Reprodutiva não têm sido alvo de resistência do clero católico na América Latina.²²

A idéia naturalista aplicada às técnicas reprodutivas pode ser mais bem compreendida se nos remetemos às noções euro-americanas de parentesco. Marilyn Strathern enfatiza que, no contexto dessas noções, os fatos considerados naturais da procriação seriam a relação sexual, a transmissão dos genes e o parto.²³ As tecnologias reprodutivas permitiriam que um ou mais desses elementos fosse evitado, substituído, mas não modificado ou suprimido. Isto é, mesmo que não se necessite da relação sexual para a reprodução assistida, o parentesco euro-americano pressupõe que ela já existiu, que já instaurou o relacionamento heterossexual para o parentesco. Interessante observar que, apesar do fato de as tecnologias reprodutivas poderem propiciar várias maternidades e paternidades – como é o caso de casais homossexuais ou de mulheres e homens sozinhos – o pensamento euro-americano ressignifica esse fenômeno, adequando-o ao binarismo pai/mãe. Segundo Érica Souza, as tecnologias reprodutivas conservam o modelo considerado natural de procriação, pois as substâncias ou pessoas

podem ser identificadas como ocupando o lugar de ou substituindo outras substâncias ou pessoas “naturais”.²⁴ A intervenção tecnológica substituiria a relação sexual, a mãe de aluguel substituiria a mãe “verdadeira”, quem doa substitui o óvulo ou o sêmen do pai ou da mãe e, assim, sempre haveria uma substituição que permitiria a preservação do modelo considerado natural, a intervenção apenas ajustaria as condições físicas.

A idéia de que há uma reprodução natural a ser replicada pelas tecnologias conceptivas trouxe consigo o pressuposto da heterossexualidade dos casais inférteis. A reprodução natural a ser revigorada pelas clínicas de reprodução não seria simplesmente aquela resultante da fecundação de um óvulo por um espermatozoide, mas aquela precedida na alcova por relações heterossexuais estéreis. A necessidade de relações sexuais anteriores entre o casal heterossexual é vista por Marilyn Strathern como fundamental à representação do parentesco euro-americano, onde se considera que a mulher engravida através de uma relação sexual e o embrião se desenvolverá independentemente da participação do parceiro, independentemente do relacionamento com o pai.²⁵

Por isso, nesse sistema de parentesco, os relacionamentos precisam ser constantemente trabalhados, uma vez que se considera que a biologia se desenrola independentemente deles. Isto é, o relacionamento que se produziu na concepção pode acabar, a não ser que seja protegido por outros relacionamentos entre o mesmo casal, como o casamento. Em consequência disso, o filho, apesar de nascer com um pai genético ainda dependeria de um pai social. Sua concepção exigiu um relacionamento, registrado em suas características, mas ele surge como uma pessoa individual com necessidade de relacionamentos. Ou seja, o parentesco euro-americano pressuporia, segundo a autora, a formação de relacionamentos íntimos baseados na procriação.²⁶

Na representação euro-americana de parentesco, a atribuição de semelhanças entre os parentes, principalmente entre pais e filhos, aparece como fundamental. No caso de uso de tecnologias reprodutivas com doação de óvulos, por exemplo, pesquisas etnográficas apontam para a importância da semelhança entre pais e filhos constatada tanto no desejo expresso pelas receptoras de óvulos de doadoras parecidas fisicamente com elas, quanto pela exigência da legislação do país ou das normas dos conselhos de medicina de semelhança física entre doadoras e receptoras de gametas.²⁷

Assim, a busca da semelhança fenotípica entre pais e filhos nos casos de doação de gametas visa aproximar a tecnologia do modelo considerado

natural de procriação onde essas semelhanças existem. Na representação euro-americana de parentesco, a semelhança com os pais e com os diferentes membros da família é um elemento importante na formação da identidade do indivíduo. O interesse na semelhança forma parte da cultura familiar. Mas há que se notar que a atribuição de semelhança por parte da representação do parentesco acaba por contribuir na construção dessas semelhanças, mais do que as próprias semelhanças poderiam servir para construir a representação de paternidade e maternidade. Isto é, as semelhanças aparecem como metáforas do parentesco, e não o contrário já que, em qualquer caso, a semelhança está nos olhos de quem observa.²⁸

Assim, embora infecundidade e infertilidade tenham se sobrepostos no processo de institucionalização das tecnologias conceptivas, a infertilidade de uma relação heterossexual configura-se como o pressuposto natural que legitima a demanda para a solução da infecundidade. O casal infértil é, portanto, a representação da reprodução natural estéril e que busca auxílio da tecnologia para solucionar a infecundidade involuntária. Neste quadro lógico de complementaridade entre tecnologia reprodutiva e natureza, há pouca ameaça às moralidades vigentes sobre a reprodução biológica e social com o avanço das tecnologias conceptivas.

Definitivamente não são todas as pessoas inférteis ou infecundas consideradas com acesso legítimo às tecnologias conceptivas. Seguramente há uma diferença entre a garantia do acesso e a elegibilidade das mulheres e casais nos serviços públicos e privados de saúde. A restrição de acesso às mulheres homossexuais ou sozinhas na medicina pública é maior do que nas clínicas privadas, onde a lógica do mercado abre espaço para uma maior negociação moral no campo da sexualidade. Assim mesmo, nas clínicas privadas é corrente a idéia da aceitação da solicitação de mulheres sozinhas ou casais homossexuais, mas com a ressalva de que teriam que passar antes por uma avaliação psicológica, o que aponta para a associação do desejo de filhos por parte desses grupos com alguma tendência patológica ou inadequação para a parentalidade, já que entre casais heterossexuais o exame psicológico não é referido. De qualquer forma, com o respaldo de testes psicológicos, os serviços privados voltam à lógica do mercado, da liberdade de opção e consumo, e se disponibilizam em aceitar esses grupos de pessoas como usuários de tecnologias reprodutivas.

No entanto, como o foco das atenções deve ser o fundamento das políticas públicas de saúde, a tensão entre serviço e tratamento não se pautará pela lógica mercantil da medicina privada. A tendência em grande parte dos países da América Latina é restringir o acesso às pessoas com diagnóstico clínico de infertilidade, o que de alguma forma devolveria as tecnologias conceptivas para o campo dos tratamentos em saúde e não apenas como um serviço de produção de bebês. O discurso predominante é que o direito a constituir família deve ser considerado um direito reprodutivo fundamental e, portanto, garantido e promovido pelo Estado.²⁹ Recentemente, o Ministério da Saúde brasileiro anunciou que as tecnologias conceptivas farão parte de uma política universal prioritária de planejamento familiar.³⁰ Este posicionamento representa não apenas uma nova perspectiva dos países em desenvolvimento para garantir a reposição da população com a queda na taxa de fecundidade e com o crescente envelhecimento populacional, mas também é uma demonstração da força da institucionalização da Medicina Reprodutiva em promover a solução da infecundidade involuntária via a medicalização da reprodução.

Mas assim como há um movimento crescente de redefinir as tecnologias conceptivas como um tratamento de saúde baseado na garantia de um direito fundamental – o de constituir família –, por outro lado, dada a impossibilidade plena de se diagnosticar todas as causas de infertilidade, o diagnóstico de infertilidade sem causa aparente deixaria uma porta aberta para a renegociação das tecnologias como potencialmente um serviço universal para todas as pessoas com infecundidade involuntária, indiferente à existência ou não de um corpo estéril. O diagnóstico de infertilidade sem causa aparente é anunciado todas as vezes que a causa da infecundidade involuntária não é localizada no corpo da mulher ou do homem sob tratamento da Medicina Reprodutiva. Não há sinal ou sintoma de esterilidade no corpo: o único indicador da enfermidade é a infecundidade involuntária garantida pelo pressuposto da heterossexualidade do casal infértil. Ou seja, indiferente ao fato de se o diagnóstico de infertilidade sem causa aparente ser apenas uma estratégia diagnóstica temporária da Medicina Reprodutiva para controlar o desconhecido, esta é uma categoria que, por estar assentada na ideologia naturalista que apresenta as tecnologias conceptivas como um aperfeiçoamento da reprodução na alcova, pressupõe a heterossexualidade do casal infértil.

O cruzamento do pressuposto da heterossexualidade com o diagnóstico de infertilidade sem causa aparente abre espaço para uma ambigüidade estratégica na identidade da Medicina Reprodutiva que ora se define como serviço, ora como tratamento de saúde. Não há qualquer garantia que o casal infértil diagnosticado com infertilidade sem causa aparente seja de fato um casal heterossexual, pois não faz parte da rotina de tratamento da Medicina Reprodutiva acompanhar o ato sexual de seus usuários para comprovar o coito. O que os usuários relatam e apresentam é a rotina de relações sexuais, os diários de controle de temperatura ou o monitoramento da ovulação por meio de ecografias. E, acima de tudo, são porta-vozes de um relato angustiado de infecundidade involuntária.³¹

Esta infecundidade involuntária aparece como um problema que fere tanto a masculinidade quanto a feminilidade, mas de maneira distinta. Pelo fato de comumente a infecundidade masculina estar associada à impotência, não conseguir ter filhos relaciona-se para os homens à sexualidade, e ameaça sua virilidade. Já para as mulheres, a infecundidade ameaça sua feminilidade porque as impede de cumprir sua vocação feminina “natural” de mãe. Assim, a infecundidade é um elemento que pode colocar, ainda que por vias distintas, tanto a masculinidade quanto a feminilidade em patamares mais baixos do gradiente da hierarquia entre o masculino e o feminino.³² Neste sentido, o pressuposto do casal reprodutivo heterossexual também reafirma noções de gênero convencionais que associam masculinidade com potência sexual e feminilidade com maternidade.

Mas no processo de construção do diagnóstico das causas médicas da infecundidade, a existência ou não do coito não é comprovada nos tratamentos: basta o pressuposto da heterossexualidade do casal infértil. Isso não significa que deva ser incluída na rotina médica uma averiguação do coito heterossexual como um pré-requisito para o acesso ao tratamento e para a elegibilidade ao diagnóstico de infertilidade sem causa aparente. Ao contrário. A plasticidade do conceito de infertilidade sem causa aparente é apenas uma demonstração da medida em que estas são tecnologias a serviço de uma moralidade heterossexual em que basta sua enunciação para que os recursos médicos sejam redefinidos como um serviço de produção de bebês para solucionar a infecundidade involuntária. No entanto, quando confrontadas com a infecundidade involuntária de mulheres sozinhas ou homossexuais, por exemplo, a identidade de tratamento de saúde passa

a ser soberana: alega-se que mulheres sozinhas ou homossexuais não, necessariamente, vivem em um corpo estéril, portanto, não há como justificar o acesso às técnicas.³³ Diante da ameaça moral de que outras formas de expressão da conjugalidade ou da parentalidade se expressem por meio da Medicina Reprodutiva, a exigência de um diagnóstico preciso para a infertilidade passa a ser o mecanismo de controle do acesso. Neste momento, não são mais técnicas a serviço de um sonho – o da produção de bebês – nem tampouco se apela ao direito fundamental de constituir famílias. Diante da ameaça moral da parentalidade homossexual, as tecnologias conceptivas se apresentam como um tratamento de saúde para corpos estéreis.³⁴ E, neste raciocínio naturalista, a única enfermidade de mulheres lésbicas ou sozinhas é não se apresentarem como um casal infértil, isto é, sem a garantia da heterossexualidade conferida pelos homens.

Autoras feministas já demonstraram o quanto a institucionalização das tecnologias conceptivas está comprometida com a garantia da presença masculina na reprodução biológica³⁵. Verena Stolcke³⁶ considera que as novas tecnologias reprodutivas acabam por reforçar as desigualdades entre homens e mulheres, beneficiando o desejo dos homens de ter filhos biologicamente seus, através da manipulação do corpo feminino. Este argumento da alienação do corpo feminino ao imperativo da maternidade foi extensamente discutido pelas primeiras autoras feministas a se debruçarem sobre o tema das tecnologias conceptivas nos anos 1980 e 1990³⁷. O argumento ainda hoje inquietante é sobre a tensão ética provocada pela oferta dos serviços da Medicina Reprodutiva: se, por um lado, as tecnologias conceptivas podem ser entendidas como uma tecnologia a serviço de um projeto social fundamental – o de constituir família –, por outro, podem também ser entendidas como um mecanismo de subordinação do corpo e da autonomia femininas à maternidade como um imperativo moral às mulheres heterossexuais em relação estável com homens.

Na verdade, é a ideologia naturalista da reprodução pautada na heterossexualidade que é protegida pelas tecnologias conceptivas ao requerer a presença masculina na reprodução. A exigência moral é do cumprimento das convenções de gênero assentadas no discurso sobre o natural, em que assim como óvulos e espermatozoides são necessários à fecundação, mulheres e homens à reprodução social. Neste sentido, se o diagnóstico de infertilidade sem causa aparente poderia ser uma porta aberta para a negociação da

infecundidade involuntária e não estritamente do corpo estéril como critério de elegibilidade às técnicas, não é desta maneira que o debate político nos anos 2000 vem se desenhando em alguns países da América Latina, onde a tendência é restringir o acesso a casais heterossexuais.

Mas dada a maior sensibilidade ética e política internacional sobre a conjugalidade e parentalidade homossexual, as estratégias políticas para cercear o acesso de homossexuais ou casais homossexuais às técnicas reprodutivas é bastante sutil. Algumas dessas estratégias, na fronteira com os saberes jurídicos, resolvem vários impasses morais em conjunto. A proibição de doação de esperma, por exemplo, uma restrição bastante comum aos países de tradição muçulmana, ou a previsão do direito ao reconhecimento das origens genéticas, isto é, o direito de a criança gerada por tecnologias conceptivas de solicitar a identidade do doador de esperma quando atingir a maioridade são alguns exemplos de como o Direito poderá restringir, por outras vias argumentativas, uma possível universalização do direito a constituir família por meio das tecnologias conceptivas.³⁸

Ora, a simples ameaça de que a quebra do sigilo possa ser uma possibilidade jurídica termina por eliminar qualquer possibilidade de doação anônima altruística, dada a ameaça de um futuro processo judicial de reconhecimento de paternidade. Esta simples restrição, aparentemente técnica, resolve de imediato duas controvérsias morais. A primeira delas, a do acesso de mulheres sozinhas ou homossexuais, pois estas necessitam do recurso ao banco de esperma. A segunda controvérsia, a que supõe ser a doação heteróloga uma forma de adultério, tal como sustentado por algumas religiões, como é o caso da Igreja Católica, ou uma forma impura de reprodução tal como sugere a religião muçulmana.³⁹

Neste quadro político pouco sensível à pluralidade moral, a tendência é que a ambigüidade entre tratamento e serviço – traduzido em termos médicos entre infertilidade e infecundidade – não vá facilitar a universalização do acesso às técnicas reprodutivas conceptivas e, conseqüentemente, não ampliará o leque de pessoas que legitimamente buscam a Medicina para solucionar a experiência da infecundidade involuntária. As tecnologias conceptivas vêm se constituindo em um campo garantidor da ideologia naturalista e da moral heterossexual para a constituição de famílias e exercício da parentalidade, valores expressos na categoria casal infértil. Esta mesma ambigüidade, no entanto, poderia ser um dos instrumentos políticos

de negociação para promover e assegurar uma mudança de valores e práticas que, rapidamente, se processam em nossas sociedades.

A reprodução social amparada na reprodução biológica e no direito de constituir família é uma organização social fundamental e um dos cerne da luta política dos homossexuais. O curioso é que a medicalização da infertilidade, ao invés de potencializar a reprodução biológica como um instrumento de mudança moral para a reprodução social se apresenta como um poderoso instrumento de reforço da moral heterossexual e de padrões de constituição de famílias assentados em premissas naturalistas do feminino e do masculino. Neste sentido, o potencial de mudança trazido pelas tecnologias reprodutivas quanto à reprodução e à sexualidade tem redundado muitas vezes na afirmação de noções convencionais de gênero.

Referências bibliográficas

- BECKER, Gay.. Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease, *Sociology of Health and Illness* 1994; v. 14, n. 4: 456-471.
- BECKER, Gay. *Healing the Infertility Family: Strengthening Your Relationship in the Search for Parenthood*. Berkeley: University of California Press, 1990).
- BECKER, Gay. *The Elusive Embryo: how women and men approach new reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press, 2000.
- BESTARD, Joan e MARRE, Diana. El cuerpo familiar: personas, cuerpos y semejanzas. *Textos PUG*, 2004.
- COLLUCCI, C. Fertilização In Vitro. *Folha On Line*. 03/02/2005.
- COREA, Gena. *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. New York: Harper and Row, 1985.
- CORRÊA, Marilena. *A tecnologia a serviço de um sonho. Um estudo da reprodução assistida no Brasil*. 1997. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- CORRÊA, Marilena. Novas Tecnologias Reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas, *Estudos Feministas* 1998; Vol. 6, n. 1: 126.
- CORRÊA, Marilena. *Novas Tecnologias Reprodutivas: Biologia Sem Limites ou Limites da Biologia?* Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.
- COSTA, Rosely Gomes. *Concepção de filhos, concepções de pai: algumas reflexões sobre reprodução e gênero*. 2001. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas.

- COSTA, Rosely Gomes. *Reprodução assistida, “raça” e nação: uma comparação entre Brasil e Catalunha*. Relatório de Pesquisa enviado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2005.
- COSTA, Rosely Gomes. Sonho do passado *versus* plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade e do desejo por filhos, *Cadernos Pagu* 2011/2001, n. 17/18.
- DELANEY, Carol. The meaning of paternity and the virgin debate, *Man* 1986, v. 21.
- DENNY, Ellen. Liberation or Oppression? Radical Feminism and in vitro fertilization, *Sociology of Health and Illness*, 1994, Vol. 16: 62-80.
- DINIZ, Debora e BUGLIONE, Samantha. “Debate”. In : DINIZ, Debora. e BUGLIONE, Samantha. *Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro*. Brasília: LetrasLivres, 2002, 81-92.
- DINIZ, Debora. Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: o estado da arte do debate legislativo brasileiro, *Jornal Brasileiro de Reprodução Humana Assistida* 2003; 7(3): 10-19.
- FRANKLIN, Sarah. “Making Miracles: scientific progress and the facts of life”. In : FRANKLIN, Sarah.. e RAGONÉ, Helena. (eds). *Reproducing Reproduction: kinship, power, and technological innovation*. University of Pennsylvania Press, 1998.
- GROSSI, Miriam., PORTO, Rozeli. e TAMANINI, Marlene. *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. Brasília: LetrasLivres, 2003.
- GUPTA, Jotsna. A. *New Reproductive Technologies, Women’s Health and Autonomy: freedom or dependency?* New Delhi/London: Sage Publications, 2000.
- HARDY, Daniel. *Avaliação de dois protocolos de desenvolvimento folicular para fertilização assistida*. 1993. Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.
- HIRSCH, Eric. “Negotiated limits: interviews in south-east England”. In: EDWARDS, Jeanette., FRANKLIN, Sarah., HIRSCH, Eric., PRICE, Frances., STRATHERN, Marilyn.. (Eds.). *Technologies of Procreation – Kinship in the age of assisted conception*. Manchester: Manchester University Press, 1993.
- INHORN, Marcia. *Local Babies, Global Science: gender, religion and in vitro fertilization in Egypt*. London: Routledge, 2003.
- LUNA, Florencia. “Assisted Reproductive Technology in Latin America: some ethical and sociocultural issues”. In: VAYENA, Effy.; ROWE, Patrick; GRIFFIN, David. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction..* Geneva. WHO. 2002: 31-40.
- LUNA, Naara. *Provetas e Clones: Teorias da Concepção, Pessoa e Parentesco nas Novas Tecnologias Reprodutivas*. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, UFRJ. 2004).

- RODRIGUES, Denise. *Socorro, quero ser mãe!* Por que justo eu não consigo engravidar? São Paulo: Peirópolis, 1999.
- SANDELOWSKI, Mary. *With Child in Mind: Studies of the Personal Encounter with Infertility*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1993.
- SHERWIN, Susan. “New Reproductive Technologies”. In: *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*. Philadelphia: Temple, 1992.
- SOUZA, Érica. *Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade*. 2005. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.. Universidade Estadual de Campinas.
- STOLCKE, Verena. New reproductive technologies: the old quest for fatherhood, *Reproductive and Genetic Engineering* 1988, 1(1).
- STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães, *Estudos Feministas* 1995, ano 3, n. 2.
- STRATHERN, Marilyn. *Reproducing the Future*. Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies. Manchester: Manchester University Press, 1992.
- TAMANINI, Marlene. *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médic@s no Sul do Brasil*. 2003. 363 p. Tese de Doutorado no Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis).
- TAMANINI, Marlene. Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: bioética, controvérsias. Um Ensaio, *Estudos Feministas* ; Vol. 12. N. 1: 73-107.
- ZEGERS-HOCHSCHILD, Fernando. “The Latin American Registry of Assisted Reproduction”. In: VAYENA, Effy.; ROWE, Patrick; GRIFFIN, David.. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva: WHO, 2002, 355-362.

Notas

¹ Doutora em Antropologia. Professora da Universidade de Brasília. Pesquisadora da Anis: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Atualmente é do Conselho Diretor da *International Association of Bioethics* e da *Feminist Approaches to Bioethics Network*.

² Doutora em Ciências Sociais pela UNICAMP, Pós-doutora em Antropologia pela UNICAMP e pela Universidade Autônoma de Barcelona (Espanha). Publicou artigos na Revista de Estudos Feministas, Cadernos Pagu, Physis – Revista de Saúde Coletiva e Cadernos de Saúde Pública, entre outros; organizou a coletânea *Gênero em Matizes* (Editora da USF, 2002).

³ ZEGERS-HOCHSCHILD, Fernando. “The Latin American Registry of Assisted Reproduction”. In: VAYENA, Effy.; ROWE, Patrick; GRIFFIN, David. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva: WHO, 2002, 355-362.

- ⁴ DINIZ, Debora. e BUGLIONE, Samantha. *Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro*. Brasília: LetrasLivres, 2002.
- ⁵ LUNA, Florencia.. "Assisted Reproductive Technology in Latin America: some ethical and sociocultural issues". In: VAYENA, Eddy.; ROWE, Patrick; GRIFFIN, David. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva. WHO. 2002: 31-40.
- ⁶ DINIZ, Debora. Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: o estado da arte do debate legislativo brasileiro, *Jornal Brasileiro de Reprodução Humana Assistida* 2003; 7(3): 10-19.
- ⁷ Há casos de pessoas, em geral casais heterossexuais, que buscam as tecnologias reprodutivas para a realização de diagnóstico pré-implantatório do embrião, particularmente em casos de má-formações genéticas e hereditárias.
- ⁸ COSTA, Rosely Gomes. *Concepção de filhos, concepções de pai: algumas reflexões sobre reprodução e gênero*. 2001. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas; GUPTA, Jotsna.. *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy: freedom or dependency?* New Delhi/London: Sage Publications, 2000; INHORN, Marcia. *Local Babies, Global Science: gender, religion and in vitro fertilization in Egypt*. London: Routledge, 2003.
- ⁹ Organização Mundial da Saúde *apud* HARDY, Daniel. *Avaliação de dois protocolos de desenvolvimento folicular para fertilização assistida*. 1993. Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.
- ¹⁰ COSTA, Rosely Gomes. 2001. *Op. cit.*
- ¹¹ BECKER, Gay. Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease, *Sociology of Health and Illness* 1994; v. 14, n. 4: 456-471; BECKER, Gay. *The Elusive Embryo: how women and men approach new reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press, 2000; CORRÊA, Marilena. *Novas Tecnologias Reprodutivas: Biologia Sem Limites ou Limites da Biologia?* Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.
- ¹² SANDELOWSKI, Mary. *With Child in Mind: Studies of the Personal Encounter with Infertility*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1993.
- ¹³ Autoras precursoras do campo nas Ciências Sociais, como Gay Becker se referem à família infértil (BECKER, Gay. *Healing the Infertility Family: Strengthening Your Relationship in the Search for Parenthood*. Berkeley: University of California Press, 1990). No Brasil, a tese de doutoramento de Marlene Tamanini refere-se à categoria casal infértil (TAMANINI, Marlene.. *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médic@s no Sul do Brasil*. 2003. 363 p. Tese de Doutorado no Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis).
- ¹⁴ Naara Luna sustenta a hipótese de que a criação da categoria casal infértil favoreceu a definição de fronteiras para a Medicina Reprodutiva, de forma a marcar sua identidade em relação a outros saberes médicos como a Ginecologia ou a Urologia (LUNA, Naara. *Provetas e Clones: Teorias da Concepção, Pessoa e Parentesco nas*

Novas Tecnologias Reprodutivas. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, UFRJ. 2004).

¹⁵ Segundo Marilena Corrêa, “...reprodução assistida é o termo médico que descreve um conjunto heterogêneo de técnicas reunidas em torno de um eixo – o tratamento paliativo para situações de esterilidade – mas que...o ultrapassa...” (CORRÊA, Marilena.. *Novas Tecnologias Reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas, Estudos Feministas* 1998; Vol. 6, n. 1: 126).

¹⁶ COREA, Gena. *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. New York: Harper and Row, 1985; GROSSI, Miriam., PORTO, Rozeli. e TAMANINI, Marlene. *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. Brasília: LetrasLivres, 2003; FRANKLIN, Sarah. “Making Miracles: scientific progress and the facts of life”. In : FRANKLIN, Sarah. e RAGONÉ, Helena. (eds). *Reproducing Reproduction: kinship, power, and technological innovation*. University of Pennsylvania Press, 1998; GUPTA, Jotsna.. A. *New Reproductive Technologies, Women’s Health and Autonomy: freedom or dependency?* New Delhi/London: Sage Publications, 2000.

¹⁷ SANDELOWSKI, Mary. 1993. *Op. cit.*

¹⁸ SANDELOWSKI, Mary. 1993, *Id.*; Bateman Simone.. “When Reproductive Freedom Encounters Medical Responsibility: Changing Conceptions of Reproductive Choice”. In: VAYENA, Effy.; ROWE, Patrick; GRIFFIN, David. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva, WHO, 2002: 320-332. *Um bom relato pessoal sobre como as mulheres se sentem deficientes quando diagnosticadas como inférteis é o livro: RODRIGUES, Denise. Socorro, quero ser mãe! Por que justo eu não consigo engravidar?* São Paulo: Peirópolis, 1999.

¹⁹ CORRÊA, Marilena.. V. 2001, *Op. cit.*; INHORN, M. *Local Babies, Global Science*. Gender, Religion, and In Vitro Fertilization in Egypt. New York: Routledge, 2003.

²⁰ HIRSCH, Eric. “Negotiated limits: interviews in south-east England”. In: EDWARDS, Jeanette., FRANKLIN, Sarah., HIRSCH, Eric., PRICE, Frances., STRATHERN, Marilyn. (Eds.). *Technologies of Procreation – Kinship in the age of assisted conception*. Manchester: Manchester University Press, 1993. TAMANINI, Marlene. *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: bioética, controvérsias*. Um Ensaio, *Estudos Feministas* ; Vol. 12. N. 1: 73-107. COSTA, Rosely Gomes. 2001. *Op. cit.*

²¹ Marlene Tamanini afirma que “...a intervenção médica cotidiana na reprodução humana parte do pressuposto de que é necessário *ajudar a natureza*, devolvendo sua capacidade reprodutiva, que está em algum lugar e que necessita ser acordada e ajudada pela ciência ...” [com grifos no original] (TAMANINI, Marlene. 2004, *Op. cit.*).

²² DINIZ, Debora. 2003. *Op. cit.*

²³ STRATHERN, Marilyn. *Reproducing the Future*. Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies. Manchester: Manchester University Press, 1992.

²⁴ SOUZA, Érica. *Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade*.

2005. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas.

²⁵ STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães, *Estudos Feministas* 1995, ano 3, n. 2. Aqui a autora faz uma comparação com a representação trobriandesa de procriação onde um espírito ancestral engravida a mulher e o marido é responsável por alimentar o feto através das relações sexuais.

²⁶ *Id.*

²⁷ BESTARD, Joan e MARRE, Diana.. El cuerpo familiar: personas, cuerpos y semejanzas. *Textos PUG*, 2004; COSTA, Rosely Gomes. *Reprodução assistida, “raça” e nação*: uma comparação entre Brasil e Catalunha. Relatório de Pesquisa enviado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2005.

²⁸ DELANEY, Carol. The meaning of paternity and the virgin debate, *Man* 1986, v. 21.

²⁹ DINIZ, Debora e BUGLIONE, Samantha. “Debate”. In : DINIZ, Debora.. e BUGLIONE, Samantha. *Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas?* Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro. Brasília: LetrasLivres, 2002, 81-92.

³⁰ COLLUCCI, C. Fertilização In Vitro. *Folha On Line*. 03/02/2005.

³¹ RODRIGUES, Denise. 1999. *Op. cit.*

³² COSTA, Rosely Gomes. Sonho do passado *versus* plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade e do desejo por filhos, *Cadernos Pagu* 2011/2001, n. 17/18.

³³ O caso dos homens sozinhos ou homossexuais torna-se um pouco mais complexo, pois para garantir o acesso será necessária a regulamentação da gestação e substituição (DINIZ, Debora. 2003, *Op.cit.*)

³⁴ CORRÊA, Marilena. *A tecnologia a serviço de um sonho. Um estudo da reprodução assistida no Brasil*. 1997. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro..

³⁵ SHERWIN, Susan. “New Reproductive Technologies”. In: *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*. Philadelphia: Temple, 1992.

³⁶ STOLCKE, Verena. New reproductive technologies: the old quest for fatherhood, *Reproductive and Genetic Engineering* 1988, 1(1).

³⁷ COREA, Gena. *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. New York: Harper & Row, 1985; DENNY, Ellen. Liberation or Oppression? Radical Feminism and in vitro fertilization, *Sociology of Health and Illness*, 1994, Vol. 16: 62-80.

³⁸ INHORN, Marcia. 2003. *Op. cit.*

³⁹ *Id.*



NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS 5 E RELAÇÕES SOCIAIS DE GÊNERO

Liliana Acero¹

Principais lacunas na pesquisa

Na América Latina, há mais lacunas na pesquisa nessa área do que pesquisa propriamente dita. Existe uma escassez de estudos sobre as consequências sociais do uso das novas tecnologias reprodutivas (NTRs) e de pesquisa sobre elas. As exceções, como Werneck et al (2000), ilustram como as diferenças internacionais nos contextos socioculturais e de gênero onde as NTRs são aplicadas afetam as decisões tomadas pelas usuárias finais locais. Alguns poucos estudos tratam das questões bioéticas particulares que as NTRs suscitam no contexto latino-americano. Eles normalmente enfatizam o papel da doutrina católica em moldar sua disseminação (Luna, 2002; Acero, 2003) ou citam essa doutrina para apoiar a proibição ou o controle muito estrito das NTRs (Colombo, 1999). Os aspectos legais regionais relacionados às NTRs são discutidos muito brevemente em alguns deles (Alba Medrano ed., 2002; Coe e Hanft, 2001; Annas et.al., 2002), embora esses estudos contenham descrições úteis de regulamentos e marcos jurídicos específicos de cada país, não foram desenhados para analisar questões específicas de pesquisa.²

Esta falta de evidências na área reflete parcialmente o seguinte:

- **As posições dominantes adotadas por cientistas sociais, comunidade científica e representantes governamentais sobre essas novas tecnologias.** Por um lado, elas tendem a ser consideradas principalmente como um tópico do Primeiro Mundo por parte de especialistas feministas e de gênero da região, assim como por organizações internacionais que apóiam a saúde da mulher e a saúde reprodutiva,

a pesquisa social e o trabalho de *advocacy* (incidência política). As contradições sobre esta questão poderiam ser pesquisadas empiricamente.

- **A ilegalidade e penalização do aborto.** O aborto é ilegal na maioria dos países e tanto os profissionais de saúde como as mulheres que o fazem podem ser severamente penalizados, inclusive com a prisão. A OMS estima que 21% das mortes maternas relacionadas à gravidez, parto e pós-parto nos países latino-americanos são causadas por complicações decorrentes de abortos clandestinos, calculados em cerca de 4 milhões por ano (Alan Guttmacher Institute, 1999) – sendo que uma proporção substancial, estimada para alguns países como o Brasil em 25%, corresponde à gravidez de adolescentes. Normalmente, os abortos clandestinos são feitos sob condições extremamente inseguras. Estes abortos poderiam ser uma fonte potencial de materiais para pesquisa científica e comércio, por exemplo, fetos abortados, cordões umbilicais e células-tronco que não foi estudada.

- **A prevalência nas culturas regionais da posição oficial da Igreja Católica em relação ao uso de embriões na pesquisa e tratamento.** Na maior parte dos países é prioritária a proteção do “direito do embrião à vida”. A condição de pessoa do embrião, desde o estágio de zigoto após a concepção, torna-se mais relevante do que as necessidades das mulheres, suas escolhas e direitos, mesmo quando a gravidez pode resultar em risco para a saúde da mãe. Esta é também a posição da comunidade médica e a que consta dos regulamentos em vigor. No entanto, tende a haver uma diferença marcante entre as posições expressas e a prática real, o que precisa ser documentado conceitual e empiricamente.

- **A direção tomada e as prioridades estabelecidas pela pesquisa de saúde e assistência à saúde dominantes.** Elas não têm oposição radical por causa dos limitados recursos locais. No entanto, podem contribuir para reproduzir ainda mais a linha divisória da saúde entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como aumentar as desigualdades sociais e de gênero internas. O novo paradigma científico e tecnológico está na linha de frente da pesquisa de saúde mundial. No plano regional, atrasos no desenvolvimento de pesquisas substantivas, na infra-estrutura e treinamento em genômica e genética podem aumentar as desigualdades internacionais e a saúde das populações locais pode ser negativamente afetada. Além disso, as mulheres pobres latino-americanas

tornam-se mais vulneráveis a formas de abuso relacionadas à genética (por exemplo, teste de medicamentos sem consentimento, amostras de DNA, remoção de óvulos e tecidos, tráfico de gametos, etc), caso as evidências de práticas locais de NTRs, assim como o debate na sociedade e o controle, sejam escassos. O mapeamento das NTRs locais é, portanto, uma matéria urgente para a pesquisa.

- **Políticas e percepções sobre a infertilidade.** A fertilidade e a infertilidade pertencem a planos separados no sistema de saúde locais. Elas não são atendidas pela maioria dos programas de saúde reprodutiva, que tendem a focalizar a educação sexual e o planejamento familiar. Assim, políticas nacionais coerentes de reprodução são difíceis de desenvolver. Há também iniciativas limitadas sobre *advocacy* de paciente e grupos de apoio para a saúde reprodutiva, especialmente para infertilidade e fertilização *in vitro*. Os recursos públicos escassos foram direcionados para a prevenção da infertilidade feminina, assim como para pesquisar suas causas, freqüentemente associadas a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), complicações de abortos clandestinos e inseguros e riscos de saúde ocupacional e seus impactos diferenciais sobre as mulheres de acordo com a etnicidade, classe e setor. Por exemplo, na Argentina, Chile e Brasil, os testes regulares não incluem a clamídia.³ Como o uso da camisinha masculina está cercado de difíceis negociações entre os gêneros, a clamídia tornou-se uma fonte extremamente generalizada de infecção feminina, especialmente entre as populações mais vulneráveis (Galvez Perez e Matamala, 2002).

Contrariamente às posições expressas, as NTRs se expandem na região, normalmente nas clínicas privadas.⁴ Em 1984, nasceu o primeiro bebê por concepção assistida na região. Entre 1991 e 1998, foi registrado um total de 6.952 casos de gravidez clínica e 6.480 nascimentos vivos pelo Registro Latino-americano de Reprodução Assistida em 90% das clínicas privadas da região que desenvolviam tratamento de fertilidade – um total de 93 clínicas em 11 países diferentes. As principais contribuições para a fertilização *in vitro* e outras formas de fertilização vieram do Brasil (46,6% dos casos), Argentina (22,8%) e México (9,6%), com a Venezuela (5,8%), Colômbia (5,1%) e Chile (5%) mostrando taxas similares de ciclos iniciados (Balmaceda, Galdames e Zegers-Hochschild, 2000). Técnicas mais tradicionais de reprodução assistida (como inseminação

artificial) são aplicadas em conjunto com técnicas complementares consideradas inseguras pelos padrões internacionais, como por exemplo, os protocolos de alta ovulação, com o uso do hormônio estimulador de folículo humano recombinante (FSH), que tem sido associado ao câncer ovariano epitelial. Vayena, Rowe e Griffiths (2003) listaram seis técnicas utilizadas globalmente que devem ser consideradas como técnicas somente experimentais.⁵ Há evidência de que algumas técnicas, como o tratamento por injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI, na sigla em inglês) para a infertilidade masculina, que pode reproduzir a infertilidade entre diferentes gerações, é rotineiramente aplicada localmente e altamente recomendada pelos profissionais de saúde. O acompanhamento dessas práticas e dessas crianças poderia ser um tópico relevante para a pesquisa.

2. Governança e percepções públicas

Somente em alguns países, como o Brasil e o Chile, há programas públicos recentes de fertilização *in vitro*. Os regulamentos são gerais e não existe lei nacional ou monitoramento governamental das clínicas de fertilidade privadas. As práticas reais tendem a ser orientadas informalmente por documentos consensuais das comunidades médica e científica. Não há obrigação de respeitar esses documentos. Em geral, está bem estabelecida a prática do segredo no caso de doações de óvulo, espermatozoides e embrião. Isso resulta na inexistência de acompanhamento dessas práticas e, portanto, em poucas evidências sobre até onde são realmente respeitadas as leis e costumes que se baseiam na condição de pessoa do embrião. É um tópico interessante para pesquisa. Os duplos padrões, que são amplamente difundidos, resultam em muitos paradoxos (Luna, 2003).⁶

Além disso, alguns dos problemas principais associados à aplicação dessas técnicas no plano internacional são ainda mais agudos na América Latina.⁷ Desde a década de 1980, as NTRs foram utilizadas no contexto latino-americano de desigualdades substanciais entre os gêneros, ou seja, num processo muito lento de formação da cidadania e do cumprimento de direitos humanos fundamentais. Por exemplo, estima-se em que dois terços dos dados brasileiros relacionados à reprodução assistida não estão registrados no país – um aspecto que requer mais pesquisa social. Em 1990, a Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (Rede/Lara), uma iniciativa privada, foi criada para superar a ausência de informação

sobre os resultados da reprodução assistida, assim como para a supervisão e intercâmbio entre profissionais. A Rede publica relatórios periódicos que avaliam os dados das clínicas de fertilidade em onze países da região. Entretanto, não há controle externo das atividades diárias dessas clínicas ou dados confiáveis sobre o número de embriões criopreservados em seus bancos de espermatozoides. Além disso, não há virtualmente nenhum estudo publicado ou inédito disponível sobre as consequências dos tratamentos *in vitro* para a saúde das mulheres e crianças.

Foram discutidas no Congresso de diferentes países legislação nacional viável para as NTRs. Recentemente, uma nova legislação chilena sobre genética e genômica ficou retida em discussões e uma nova lei sobre biotecnologia foi aprovada no Brasil, mencionando só de forma marginal as práticas das NTRs. Nos poucos debates públicos, há profundos choques entre os diferentes grupos sociais e profissões. As posições públicas das feministas são ainda muito pouco representadas em debates no Brasil, Chile e Argentina; e as NTRs não foram incluídas sistematicamente na agenda dos movimentos de saúde da mulher na maioria dos países.

A falta de um marco de referência jurídico sistemático coloca as mulheres em situação de risco na América Latina. Uma participação firme das mulheres na governança das NTRs e na pesquisa vai exigir o seguinte:

- Análise da forma particular em que os papéis de parentesco tradicionais estão sendo reformulados em nível local pelas NTRs;
- Promoção de debates sobre essas tecnologias nas organizações de mulheres;
- Pesquisa baseada em evidências para informar esses debates;
- Aumento da informação e debate públicos sobre as NTRs.

A América Latina, como uma região em transição, não está isenta de reformulação das **percepções e relações** tradicionais de parentesco trazidas pelas NTRs, embora se mantenham as especificidades culturais. Por exemplo, as mulheres ainda tendem a ser desvalorizadas na região, se com mais de 35 anos ainda não têm filhos. Além disso, com frequência se parte do pressuposto de que a ausência de filhos é causada por infertilidade. A necessidade de aprovação, a perda de identidade social

e de um senso de pertencimento são fortemente sentidos pelas mulheres que optaram por não ter filhos, assim como pelas inférteis. Nossas entrevistadas relataram que a pressão social é o segundo motivo para iniciar o tratamento de fertilização *in vitro*; sendo o desejo de ter um filho biológico a primeira razão. As convenções e crenças sociais, que sofrem o impacto da formação religiosa prematura generalizada, apresentam a maternidade biológica como o impulso “natural” das mulheres e, algumas vezes, como a “vontade de Deus”. As clínicas de fertilidade utilizam esta abordagem para fazer propaganda de seus serviços e apresentam a ciência e tecnologia como uma ponte entre a mulher infértil e a própria vida. A demanda social pelas novas técnicas é apresentada como um “maior desenvolvimento do controle humano”. A infertilidade, coerentemente com as convenções sociais, é descrita como uma falha; o desejo como motivo para se ter somente filhos biológicos; os futuros pais são lembrados da necessidade de ter uma disposição emocional positiva de “ir além dos preconceitos” para alcançar o sucesso. Psicólogos que lidam com pacientes de fertilização *in vitro*, entrevistados na Argentina e Chile, relataram que se, por um lado, as mulheres estão se tornando mais abertas a incluir as NTRs nas suas escolhas de vida, por outro lado, a vergonha, a culpa e os sentimentos de transgressão moldam essas escolhas, pois elas se desviam das normas sociais dominantes. Há também algumas evidências clínicas de que a infertilidade e a fertilização *in vitro* perturbam a sexualidade dos casais locais e representam uma sobrecarga adicional para as mulheres. Estes aspectos precisam de maior apoio de pesquisa em diferentes países, contextos e etnicidades.

Na região, os testes genéticos se expandiram ainda mais do que a fertilização *in vitro* e representam uma desconstrução similar do intertexto da gravidez. O parto medicalizado da década de 1990, incluía exames regulares de ultra-som e testes genéticos para detectar defeitos de nascimento (amniocentese e outros testes), principalmente para as grávidas com mais de 35 anos, das classes média e alta. No contexto de abortos ilegais inseguros, as mulheres locais enfrentam mais dificuldades do que aquelas dos países desenvolvidos para tomar decisões referentes ao aborto seletivo. Essas decisões se tornam mais complexas em sociedades com altos níveis de desemprego, baixos salários e más condições de trabalho. Além disso, o atendimento gratuito ou a custo razoável das pessoas com

necessidades especiais está severamente limitado e o meio urbano é muito pouco equipado para lidar com os portadores de deficiências. Esse tópico também merece pesquisa substantiva.

Nos países onde marcos democráticos não permeiam a sociedade, somente o controle ativo da cidadania pode assegurar a governança de informações confidenciais. A participação das organizações de mulheres, das associações dos profissionais da saúde e dos grupos de apoio a pacientes nos fóruns sobre NTRs pode ser decisiva para a transparência institucional e as formas viáveis que poderia assumir poderiam ser mais pesquisadas. Além disso, as organizações de mulheres locais precisam enfrentar explicitamente as relações entre genômica e sociedade nas suas agendas públicas, estimulando a consciência pública feminina. Caso as múltiplas percepções e experiências das mulheres em relação às diferentes NTRs, de acordo com sua classe, lugar e etnicidade, não sejam pesquisados e incluídas nas políticas públicas, a igualdade na governança e no acesso às NTRs se torna um conceito abstrato e distorce a formulação de políticas.

3. Tradução do conhecimento com base nas evidências para o debate público

Enquanto nos países desenvolvidos aumentaram as consultas e inquéritos públicos sobre as NTRs na última década, na América Latina houve somente surtos esporádicos de debate público. A cobertura da mídia sobre a infertilidade, as NTRs e a contracepção é limitada, muitas vezes devido a pressões da Igreja local. Coberturas maciças ocorrem em momentos específicos, relacionados a eventos críticos, como por exemplo, no Brasil, durante os testes clínicos do anticoncepcional Norplant; na Argentina, quando recentemente um juiz decidiu unilateralmente proibir as atividades de planejamento familiar numa das províncias e isso foi relacionado às pressões do movimento das mulheres pela legalização do aborto; e no Chile, quando a Igreja Católica interferiu dois anos atrás numa campanha televisiva sobre HIV/Aids promovida pelo governo ou por causa dos debates atuais sobre a legalização da “pílula do dia seguinte”. As NTRs são ainda menos discutidas na mídia, embora as informações estejam começando lentamente a chegar ao público. Por exemplo, nos últimos dois anos houve um aumento substantivo do número de artigos publicados sobre as NTRs na imprensa regular do Chile e da Argentina.

No entanto, é necessário fazer muito mais para traduzir de forma adequada as informações sobre as NTRs, eventualmente estimulando a participação de um público leigo bem informado em futuros órgãos de direção ou fiscalização das NTRs. Algumas sugestões:

- Desenvolvimento de manuais populares sobre as NTRs, para treinamento em ONGs selecionadas da área de saúde e de mulheres;
- Estabelecimento de programas de treinamento sobre as NTRs e conscientização de gênero para os principais funcionários de saúde do governo, nas associações de enfermagem e outras associações profissionais;
- Programas de treinamento para os comunicadores dos meios de comunicação de massas;
- Inclusão da genética, genômica e NTRs nos currículos do ensino secundário e universitário, especialmente em assuntos selecionados, como ética, cidadania e democracia;
- Formulação de campanhas de consultas públicas ao redor de tópicos-chave sobre as NTRs e outras questões tratados nas novas leis sobre genomas em tramitação no Congresso.

4. Compreensão política das evidências da pesquisa

Estão abertos vários caminhos para o movimento social e das mulheres na América Latina em torno da questão da saúde, que poderiam ser utilizados para promover a compreensão das evidências de pesquisa sobre as NTRs por parte dos formuladores de políticas, no plano doméstico e internacional. Paradoxalmente, no contexto da privatização da saúde e de reformas na América Latina durante as últimas duas décadas, o aumento de dependência do envolvimento doméstico e comunitário também levou ao *empoderamento* das mulheres e a renegociação dos papéis de gênero, por meio de uma nova forma de ação: as ONGs e seus vínculos com o Estado. As ONGs privadas, financiadas nacional ou internacionalmente, e associadas aos temas da saúde da mulher floresceram em muitos países e ocuparam a lacuna deixada pela privatizações dos serviços de saúde e pela descentralização e cortes nos serviços públicos. Muitos de suas seguidoras se reagruparam na Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas

e do Caribe (RSMLAC) ou na Associação pelos Direitos da Mulher no Desenvolvimento (AWID, na sigla em inglês). Esta última é formada principalmente por acadêmicas e acadêmicos envolvidos com temas sociais. Além disso, novos movimentos sociais internacionais integrados em torno de uma crítica profunda às atuais estratégias de globalização, com uma forte presença do Terceiro Mundo e da América Latina, reuniram-se muitas vezes para participar de fóruns sociais contrários à globalização. A “Saúde para Todos” era um dos principais preocupações na formulação de estratégias alternativas e houve oficinas sobre as NTRs nos último dois fóruns. Esses grupos internacionais de pressão política poderiam estar envolvidos de maneira mais central na difusão de informações sobre as NTRs e gênero, assim como no estabelecimento de vínculos relevantes entre os resultados acadêmicos, o trabalho de *advocacy* e a formulação de políticas.

Um exemplo do novo papel cumprido pelas ONGs e organizações comunitárias pode ser encontrado nos debates e ações da sociedade civil que levaram à interrupção dos testes clínicos do anticoncepcional Norplant no Brasil (Corrêa, 1994; Barroso e Corrêa, 1995).⁸ As políticas contraceptivas explicitamente globais implementadas internacionalmente pelo Fundo de População das Nações Unidas apoiavam os testes controlados do Norplant no Brasil. Inicialmente, estes testes eram também apoiados pelo governo. As ONGs cumpriram um papel importante na disseminação de informações alternativas sobre o Norplant e comandaram a oposição por meio de estratégias públicas específicas. Eventualmente, a discordância pública pressionou o governo a rever sua decisão e os testes questionáveis foram interrompidos. Por seu lado, a ONU teve sua própria estratégia revisada por acadêmicos conscientes da questão de gênero.

Algumas lições sobre os **determinantes principais na compreensão das evidências de pesquisa por parte dos formuladores de políticas**, que são úteis para as NTRs e gênero, podem ser extraídas do exemplo brasileiro e de outros, como o recente movimento argentino em favor do direito de escolha. As principais lições são as seguintes:

- A necessidade da difusão sistemática das evidências e dos resultados da pesquisa nos meios de comunicação de massa locais;
- O papel-chave cumprido pelas organizações de mulheres locais e internacionais junto aos movimentos sociais e a pressão que podem

exercer sobre o governo e no interior de fóruns internacionais;

- A centralidade das interações formais e informais entre formuladores de políticas com consciência de gênero e representantes de organizações da sociedade civil e da universidade;
- A necessidade de aumentar a conscientização de gênero nas associações científicas e médicas, como as Associações Latino-Americanas de Embriologia e Ginecologia, as Associações Regionais de Biotecnologia e Genética, para que um dia possam ter um diálogo frutífero sobre as NTRs com os formuladores de políticas locais e internacionais.
- O envolvimento das Associações de Bioética locais e internacionais e dos esforços internacionais relevantes, como os da Unesco para difundir a pesquisa para as políticas.

Referências bibliográficas

- BALMACEDA, Juan, Galdames, Victor e Zegers-Hochschild, Fernando (2000) *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida 2000*, Colômbia: Lara.
- CIOMS (2002) *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*, Genebra: CIOMS.
- VAYENA, Effy, Rowe, Peter e Griffins, David (2003) *Current practices and controversies in assisted reproduction*, Relatório da OMS sobre uma reunião com o tema “Medical, ethical and social aspects of assisted reproduction”, sede da OMS, 17-21 de setembro de 2001, Genebra: OMS.
- WHO (2002) *Genetics and World Health*, The Advisory Committee on Health Research, Genebra: OMS

Capítulos em livros

- ACERO, Liliana (2005) ‘Globalization, Gender and Health: A perspective on Latin American Sexual and Reproductive Health’, em Ilona Kickbusch, Kari Hartwig e Justine List (eds.) *Globalization, Gender and Health in the 21st Century*, Nova York: Palgrave Macmillan.
- ACERO, Liliana (2006) ‘Trends in Latin American New Reproductive Technologies and Gender: Social practices, ethics and views on motherhood’, em Peter Atkinson e Robert Glasner, (eds.) *New Genetics and New Identities*, Londres: Routledge.
- BARROSO, Carmen e Corrêa, Sonia (1995) ‘Public Servants, Professionals and Feminists: The politics of contraceptive research in Brazil’, em Florence Ginsburg e Rayna

Rapp (eds.), *Conceiving the New World Order*, Berkeley: The University of California Press.

LUNA, Florencia (2003) 'Assisted Reproduction in Latin America: Some ethical and sociocultural issues', em Effy Vayena, Peter Rowe e David Griffins (eds.), op.cit.

Artigos em jornais

DAAR, Abdallah et. al. (2000) 'Top 10 biotechnologies for improving health in developing countries', *Nature Genetics*, 32 (2): 229-232.

ESHRE Capri Workshop Group (2000), 'Multiple gestation pregnancy', *Human Reproduction*, 15:1856-1864

Artigos de conferências

DARNOVSKY, Marcy (2003) 'Cloning and Germline Intervention: Perspectives from the United States on reproductive technologies and biomedicine', documento apresentado numa conferência sobre 'Within and Beyond Human Nature', Berlim, Alemanha, 13 de outubro de 2003.

Relatórios inéditos

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1999) 'Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide', relatório inédito, Nova York: Alan Guttmacher Institute.

REDE SAÚDE (2003) 'Dossiê Reprodução Humana Assistida', relatório inédito, São Paulo: Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

LARA (1998) 'Registro Latinoamericano de Reproduccion Asistida', relatório inédito, Colômbia: Lara.

Notas

¹ Dra Liliana Acero (Ph.D., Sussex, 1983), argentina, é atualmente Professora Visitante e Diretora de Curso do Instituto de Estudos da Mulher da Universidade de Ottawa. Também é Professora do Mestrado Virtual de FLACSO em Gênero, Sociedade e Políticas, do Programa Regional de Formação em Gênero e Políticas Públicas (PRIGEPP) e da Cátedra UNESCO Mulher, Ciências e Tecnología. Tem 30 anos de experiência em pesquisa e ensino acadêmicos e em ONGs, na área de Ciências Sociais, tecnologia e Gênero em diferentes países da América Latina , Europa e Estados Unidos. Seus interesses atuais são os temas relativos às novas tecnologias reprodutiva, a genômica e a investigação biomédica.

² Tem havido um fluxo constante de trabalhos sobre a indústria da biotecnologia, normalmente motivados por preocupações com mudanças em sistemas de inovação ou desempenho econômico, tratando principalmente de colheitas geneticamente modificadas, genética na pesquisa animal e biofarmacêuticos. No entanto, esses estudos

foram realizados de forma bastante independente das preocupações éticas e sociais mais amplas introduzidas pelas tecnologias baseadas na genética e, especialmente, pelas tecnologias reprodutivas.

³ Uma causa bem conhecida de inflamações nas trompas de Falópio e que, sem tratamento, podem levar à infertilidade feminina.

⁴ O custo das tecnologias reprodutivas varia amplamente entre os países da região, porém em geral é muito alto. O custo pode variar de US\$ 2.500 a US\$ 3.500 para cada tentativa de fertilização *in vitro* e, em geral, as mulheres passam pelo menos por três ciclos antes do sucesso. Entretanto, existem protocolos viáveis de baixo custo na reprodução assistida (Vayena, Rowe e Griffiths, 2003).

⁵ Entre essas técnicas estão a espermatogênese *in vitro*, crescimento e maturação de oócitos *in vitro*, gravidez com esperma não-ejaculado, maturação de células-tronco espermatozoniais e tratamentos por injeção intracitoplasmática de esperma.

⁶ Primeiro, existe certa relutância em algumas comunidades médicas e científicas de usar a criopreservação de embriões considerados como pessoas; segundo, muitos casais submetidos à fertilização *in vitro* têm de aceitar a doação dos embriões excedentes, após um certo prazo depois do tratamento, pois os embriões não podem ser legalmente descartados; terceiro, a doação de óvulos e embriões é muitas vezes denominada de “adoção pré-natal”, embora não seja tratada como uma adoção legal comum; quarto, a utilização de diagnóstico pré-implantação (PGD, na sigla em inglês), para detectar problemas genéticos, está normalmente disponível na fertilização *in vitro*, embora embriões defeituosos possam ser detectados, mas não descartados legalmente.

⁷ Entre os problemas estão os seguintes: a) taxas de sucesso baixas. Entre 1990 e 1998, Lara (1998) relata um aumento da taxa de natalidade da região, de 13,4% para 19,0% (a taxa de gravidez para o mesmo período foi de 20,8% e 27,8%); b) taxas de gestação múltipla mais altas do que as globais (30,6% em 1998 para a região em comparação a 28,1%), com uma maior proporção de nascimentos de trigêmeos e quadrigêmeos (20,6% de gêmeos e 7,5% de trigêmeos em 1998); e c) uma quantidade excessiva de transferência de embrião por ciclo de tratamento (média de 3,2 transferências de embrião em 1998, comparado com o máximo europeu de duas transferências de embrião por ciclo).

⁸ Norplant é um dispositivo hormonal subcutâneo para contracepção de longo prazo, implantado e removido cirurgicamente, e que demonstrou ter efeitos colaterais desconfortáveis e até perigosos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.



O *ETHOS* EM TEMPOS DE BIOÉTICA: O *SITE* COMO TROPO

6

Ana Regina Gomes dos Reis¹

Se os mais avançados e sofisticados gabinetes da tecnologia da gestação pudessem fabricar filhos e fetiches virtuais de mulheres para fornecer serviços sexuais, os homens não lamentariam passar sem mulheres de verdade, malcheirosas, sangrentas, ruidosas, peludas.

Germaine Greer. *A mulher inteira*

Este artigo foi escrito a partir da minha apresentação no Seminário Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas, que se fez com a projeção de textos inteiros retirados de *sites* na Internet. A idéia era reproduzir uma busca de informação tal como ela aparecia, para que pudéssemos, juntas, refazer um percurso, na trilha do que se conta sobre células-tronco e terapias de regeneração dos tecidos.

Destacando, em cada um desses textos, conteúdos específicos e lendo-os horizontalmente, na seqüência, pudemos montar outro texto, que, segundo a minha releitura, traz o discurso que me proponho politizar. Isso foi o que chamei de usar o *site* como *tropo*, para falar do *ethos* em tempos de Bioética.

Os *sites* visitados incluem jornais, clínicas de fertilização, páginas de congressos, de entidades associativas e empresas, do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina, do Ser Mulher e da Articulação de Mulheres Brasileiras.

Interessa-me indagar qual a narrativa da bioengenharia da reprodução e da reparação tissular, quem constrói significados e valores, quem se

apresenta como autoridade epistêmica, onde se articulam os poderes e qual a voz das feministas nos cenários de formação de opinião.

O ponto de partida (fora dos *sites*) foi a definição de *ethos* fornecida pelo Aurélio, escolhido como fonte mais popular de definições.

Ethos é aquilo que é característico e predominante nas atitudes e sentimentos dos indivíduos de um povo e que marca as suas realizações e manifestações culturais. É o espírito que anima uma coletividade.

Assumindo que as informações colhidas nesses *sites* nos possam revelar algo (talvez mais que os bons propósitos dos manuais de Bioética) sobre o espírito que anima a nossa coletividade, vamos a elas.

A corrida

Ao sabermos que Harvard “deve inaugurar”, em 2007, “seu Instituto de Células-tronco”, somos informadas de que “a maior universidade americana” entra na “corrida por clone de embrião humano”. Como esse tipo de pesquisa, nos EUA, “porém, não pode ser feito com financiamento federal”, um dos cientistas do grupo “já trabalha com financiamento privado na produção de células-tronco embrionárias”.

Existe, então, uma corrida que interessa à iniciativa privada, e são os “cientistas” que vão produzir essas células. A qualificação de “maior universidade” confere o prestígio da quantidade, valor recorrente na mídia, do tipo “recordista em vendas”. O obstáculo da proibição do governo fundamentalista de G. W. Bush de produzir embriões é contornado pelo financiamento privado. A utilização aqui da palavra *cientistas* não é inocente. Tem o peso que confere a “sacralidade” da ciência, jogando com a imagem social do cientista como alguém acima do bem e do mal, cuja neutralidade em nada é afetada pelos interesses do capital. Ao se referir aos embriões por “eles” “produzidos”, o texto induz ao reconhecimento público da posse e propriedade desses embriões, destacados do processo vital e, portando, um produto originário do laboratório.²

Nesse mesmo universo semântico de Fórmula-1, é anunciada, em tom sensacionalista, como façanha, a obtenção, “pela primeira vez”, de células-tronco a partir de clone humano por equipe de pesquisadores coreanos. Como se tratasse da Copa do Mundo, lemos que “a Coreia gera células-tronco”. O uso da metonímia amplifica hiperbolicamente o feito, motivo

de orgulho nacional. Um valor bem ao gosto de torcedores masculinos – a Pátria –, como sabemos, é criação dos pais. As conquistas da tecnociência são construídas no imaginário coletivo, no decalque da competição, algo pelo qual se “veste a camisa”. Sem crítica. As células-tronco pertencem, aqui, à Pátria.

Explicando a função das células-tronco, diz a matéria que a reparação tissular substituiria um transplante. “O método de clonagem”, por sua vez, “é o mesmo tradicionalmente usado para clonar animais como a ovelha Dolly”. A clonagem apresentada assim, como um método *tradicional*, remete ao estabelecido, usual. Um método testado e aprovado, sem riscos.

E, assim como se justifica uma vitória pela marca do carro corredor, vem a explicação do porquê na Coreia: “Uma das vantagens que os pesquisadores coreanos tiveram foi a grande disponibilidade de óvulos”. Retirados de 16 mulheres, foram 242 óvulos. Aparecem, afinal, óvulos e mulheres.

E ressalta a seguir: “tiveram o cuidado ético de informar as mulheres de que o objetivo da pesquisa era apenas a clonagem terapêutica e não a reprodutiva. Elas não receberam dinheiro pelos óvulos”³.

Nem uma palavra sobre como se retiram óvulos de mulheres, um longo processo invasivo, doloroso, pleno de riscos a curto, médio e longo prazos. O problema ético se resume à constatação de que elas não seriam clonadas e não receberiam pagamento pela “doação” de óvulos. Nem participações nas eventuais patentes obtidas das linhagens de células a serem obtidas. O monopólio ético do lucro do bionegócio é dos cientistas e seus patrocinadores. As “matrocinadoras” são bioeticamente excluídas da produção.

Essa façanha para ganhar a corrida revelou-se, posteriormente, uma fraude.

A fraude, a ética e o preço da ética

Woo-Suk Hwang, o responsável pela pesquisa, é denunciado por inflar dados sobre a obtenção das células, e investigações paralelas mostraram que não havia evidências da obtenção de linhagens de células-tronco. “Promotores acusam Hwang de má gestão e desvio de US\$ 2,96 milhões – verbas públicas e privadas –, além de violação de leis Bioéticas da Coreia

do Sul ao pagar mulheres por óvulos “doados” para experimentos. A primeira acusação pode levar a uma pena máxima de dez anos de prisão, enquanto a segunda pode somar mais três”⁴.

As quantidades devidas pelo desvio de verbas e por pagar os óvulos revelam a valoração conferida às condutas. Valores, no capitalismo, são medidos em dinheiro, não são referências morais. “A burguesia”, vale lembrar o *Manifesto Comunista*

[...] afogou os êxtases sagrados do fervor religioso, do entusiasmo cavaleiresco, do sentimentalismo pequeno-burguês nas águas gélidas do cálculo egoísta. Fez da dignidade pessoal um simples valor de troca e, em nome das numerosas liberdades conquistadas, estabeleceu a implacável liberdade de comércio. Em suma, substituiu a exploração, encoberta pelas ilusões religiosas e políticas, pela exploração aberta, única, direta e brutal.⁵

O que a lei considera como desvio ético em relação às mulheres se limita ao pagamento ou não dos óvulos. As leis, como sabemos, não são feitas nem pelas nem para as mulheres.

Um colega de equipe revelou que Hwang usou, na verdade, 900 óvulos⁶.

A postura ética dos pesquisadores biotecnológicos envolvidos na corrida das células-tronco tem outro exemplo, em matéria sobre a aprovação no Brasil do uso de embriões humanos para pesquisa.

José Eduardo Krieger, diretor do Laboratório de Genética e Cardiologia Molecular do Instituto do Coração (Incor) da Faculdade de Medicina da USP, declara que “paixão emperra debate”. E prossegue a matéria:

A indefinição sobre a Lei de Biossegurança é resultado e sintoma da imaturidade do País. Para ele, a deficiência está presente tanto nos argumentos conservadores contra a pesquisa com células-tronco embrionárias, em geral por restrições de caráter religioso, quanto na defesa desse tipo de investigação por grupos que põem esperança exagerada no potencial terapêutico dessas linhagens de células.

Prossegue o jornalista:

Krieger considera legítimo que a Biomedicina “doure a pílula”, prometendo mais do que pode de imediato cumprir. “O auto-

engano às vezes tem o seu papel numa sociedade”, afirma. “Existe um descompasso [entre promessas e realizações], mas ele é fundamental.” Para evitar que as paixões obscureçam a razão, propõe que se forme uma instituição para dar informação sobre ciência a legisladores e juízes⁷.

A população em geral, portanto, e as mulheres em particular, minoria dos legisladores e juízes, não são supostas de ser qualificadas para tão elevadas considerações.

O Dr. Krieger, nessa matéria, ignorou, a meu ver, o Código de Ética Médica no seu Capítulo XIII – referente a Publicidade e Trabalhos Científicos. Diz o código:

É vedado ao médico: Art. 131 – Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade. Art. 132 – Divulgar informação sobre o assunto médico de forma sensacionalista, promocional, ou de conteúdo inverídico. Art. 133 – Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

O Conselho Regional de Medicina não se pronunciou, pelo jornal, quanto a essas declarações.

Os óvulos, como sabemos, não são gerados em laboratórios nem no abstrato conceito de pátrias. São obtidos pela invasão do corpo das mulheres, através da aplicação de altas doses de vários hormônios, desde os que vão paralisar a hipófise até os que vão estimular a ovulação. Estes últimos podem, no curto prazo, ocasionar a síndrome da hiperestimulação ovariana, uma série de complicações potencialmente graves caracterizadas pela formação de múltiplos cistos ovarianos, associada ao aumento da permeabilidade capilar, que traz, como consequência, formação de ascite e hidrotórax, distúrbio hidroeletrólítico, hemoconcentração, distensão abdominal, náuseas, vômitos e diarreia. Nos casos mais severos, sobrevêm a hipovolemia, oligúria e fenômenos tromboembólicos⁸. Traduzindo, significa que os vasos deixam passar líquido através de suas paredes, acumulando-se, esse líquido, na barriga, no tórax, podendo chegar à insuficiência dos rins, ao choque e até à morte. Os ovários crescem

anormalmente, podendo se torcer, o que exige cirurgia. A mulher é orientada para se pesar duas vezes ao dia, mesmo nas formas leves, para detectar qualquer acúmulo de líquido.

O acompanhamento do processo da obtenção dos óvulos envolve várias ultra-sonografias e exames de laboratório para coletá-los antes da ovulação, quando o óvulo eclode através da parede do ovário. As trompas (de Falópio, que não as tinha, mas deu o nome) vão apanhá-lo, e ele segue em direção ao útero, onde poderá, ou não, encontrar os espermatozóides, dando origem a um embrião. Isso no ciclo natural. Com a hiperestimulação, dezenas de óvulos são produzidos e têm de ser capturados antes que passem para as trompas. É um procedimento cirúrgico, com um aparelho de punção inserido na vagina, sob anestesia, guiado por ultra-sonografia.

Com a hiperestimulação, podem se desenvolver 20, 30 e até mais óvulos num só ciclo. Os efeitos a médio e longo prazos desses hormônios nunca são mencionados e são pouco acompanhados. Mais recentemente, utilizam-se hormônios feitos através de Engenharia Genética: hormônios humanos produzidos por *hamsters*. Os efeitos a longo prazo da administração deles ainda não foram estudados⁹.

A hiperestimulação, resultando na formação de um número muito grande de óvulos, cria o que os esterileutas chamam de *embriões excedentes*. É a propriedade desses embriões que disputam, no campo da ética e do direito, a Igreja e a tecnociência, a indústria farmacêutica aqui incluída. Em nenhum momento, cogita-se perguntar às mulheres o que elas pensam a respeito.

As mulheres entram nesse empreendimento como compradoras de serviços biomédicos e como mercadoria, numa situação bem mais perversa que a prostituta, que, segundo a formulação de Walter Benjamin, é vendedora e mercadoria.

O lugar da obtenção dos óvulos, onde começa a linha de produção das células-tronco, são as clínicas de Fertilização *In Vitro*. Uma incursão ao *site* da clínica do Dr. Roger Abdelmassih (escolhido como exemplo por ser um dos que mais se expõem na mídia) é ilustrativa do *ethos* que anima a coletividade dos especialistas da infertilidade – essa condição, mal definida, tornada doença.

Um espetáculo de clínica

Lemos no *site*:

“O homem de 5.000 bebês.”

O médico que já concebeu em sua clínica mais de cinco mil bebês para casais inférteis fala sobre o que a ciência pode fazer hoje para resolver o drama da infertilidade.

Com uma canja especial de Roberto Carlos, que cantou Emoções e Amigo, Dr. Roger Abdelmassih e sua equipe comemoraram, no dia 18 de março, um sábado ensolarado, em São Paulo, o nascimento do 5.000º bebê concebido por Fertilização In Vitro na Clínica Roger Abdelmassih, marca recorde na América Latina. A festa reuniu cerca de 3.000 pessoas, mais de 1.000 crianças. Os primeiros bebês concebidos pela Clínica também estiveram presentes: Rebecca e Charbel estão no auge dos seus 15 anos, e ele já está mais alto que o Dr. Roger.

Outros grandes amigos e clientes do Dr. Roger também compareceram para prestigiar este grande momento da maior clínica da América Latina: a atriz Luiza Thomé, os apresentadores Tom Cavalcanti e César Filho, o comediante e cantor Moacir Franco e a socialite Lilibeth Monteiro Carvalho, entre outros.

Repetem-se, aqui, muitos conteúdos analisados acima: trata-se de **ciência** e não de tecnologia; os bebês, assim como as células-tronco, são produtos obtidos; a clínica tem uma marca recorde (é a maior da América Latina) e, reveladoramente, o médico “concebeu”: são dele 5.000 bebês.

O que variou, nesse caso, foram o capítulo e o artigo do código de ética desrespeitados:

Capítulo IX – Segredo Médico. Art. 104 – Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.

A revista *Caras*¹⁰ esteve na festa e traz matéria de várias páginas com fotos dos artistas e seus filhos, quase todos gêmeos.

O Dr. Abdelmassih ficou famoso por ter introduzido, no Brasil, a técnica de Injeção Intracitoplasmática de espermatozóides, a ICSI, que “provocou uma revolução no panorama da especialidade, quando fez os bebês de Pelé e Assíria, em 1996. O número de clínicas de reprodução humana no País cresceu de 30 para 150, aproximadamente, nos últimos 10 anos. A esse *boom* do mercado da Medicina Reprodutiva deu-se o nome de *Efeito Pelé*, informa o *site*.

Na clínica-empresa, articulam-se os projetos que compõem o complexo da engenharia da reprodução: a seleção eugênica e sexista e a obtenção de células-tronco.

“Nosso laboratório é um dos poucos na América Latina capacitados para fazer seleção cromossômica de óvulos e biópsia genética de embriões”, explica Soraya Abdelmassih, bióloga responsável pelo laboratório de embriologia.

Em 2005, Roger Abdelmassih deu um dos passos mais ousados em sua carreira de médico e empreendedor da Medicina Reprodutiva: montou um centro de pesquisa com células-tronco dentro do laboratório de pesquisa básica. O objetivo é obter e/ou melhorar a qualidade das células reprodutivas – óvulos e espermatozóides. Esse é o primeiro laboratório de ciência básica privado do País. “Pesquisa básica é fundamental e cara. A gente investe sem pensar em retorno financeiro.

A seguinte entrevista, ainda no *site*, é uma verdadeira aula de como se constrói papéis de gênero: a infertilidade do casal é centrada na mulher, que não consegue cumprir o seu destino biológico. O Dr. Abdelmassih, com certeza, não leu Simone de Beauvoir.

Genesis Nova Vida – O sr. poderia nos dar uma dimensão do drama da infertilidade no Brasil? Por que um casal sem filhos sofre tanto e se esforça tanto, com sacrifícios pessoais e financeiros, para buscar um bebê por meio da ciência?

Dr. Abdelmassih – Porque o casal normalmente planeja ter um filho, quer constituir família. Esse sonho faz parte da vida matrimonial da grande maioria dos casais. Quando começam a existir dificuldades, há um grande desespero, principalmente por parte da mulher, que passa a verificar que não está conseguindo realizar o que para ela é fundamental, que é a maternidade. Todo mês a mulher passa a ter uma decepção,

que é quando ela menstrua – e então experimenta a terrível sensação de incompetência. Todo mês ela revive a sua derrota, a sua frustração por não gerar um filho. Esse sofrimento da mulher, que é compartilhado com o marido (que por seu lado sofre confusas sensações de impotência), faz com que o casal resolva tomar posições de sacrifício, do “custe o que custar”, buscando encontrar a solução para o problema.

GNV – Existe um limite para o número de tentativas que um casal deve ter na busca de um filho biológico antes de recorrer à adoção, por exemplo?

Dr. Abdelmassih – O grande limitador do casal é a parte financeira. O fato de a mulher fazer duas, três, cinco ou oito tentativas não lhe acarretará nenhuma doença futura ou qualquer tipo de deficiência.

Essa afirmação demonstra como é tratada a questão dos riscos e dos efeitos “colaterais” das técnicas. E se as taxas de sucesso fossem tão altas quanto alardeadas no *site*, não seriam necessárias tantas tentativas.

GNV – O sr. aceitaria dar um bebê a uma mulher solteira, que utilizaria sêmen de doador?

Dr. Abdelmassih – Novamente são interpretações sociais que não nos cabe fazer. Acho que nós somos muito limitantes. As nossas estruturas sociais são muito rígidas e difíceis de lidar, porque nos foram impostas. A sociedade tem dificuldade de ultrapassá-las.

Eu tenho um casal de árabes que tem quatro filhas mulheres e para eles é extremamente importante ter um filho homem, por aspectos familiares, uma série de coisas. Será que isso me impediria de fazê-lo?

O médico aqui **dá** um bebê e **tem** um casal. Não se imagina parte da sociedade, está acima dela, fora, portanto, de controles, mesmo das associações corporativas, como o Conselho Regional de Medicina.

GNV – E a um casal de homossexuais?

Dr. Abdelmassih – Pessoalmente, eu não me sinto confortável em tratar duas mulheres. Mas isso é um problema meu, das minhas limitações socioculturais. Poderei discutir, estudar cada caso e até vir a fazer, em condições excepcionais. Normalmente, e de forma geral, eu não faço.

As limitações socioculturais ora impedem, ora têm de ser superadas. O “tratamento” negado ao casal lésbico é garantido, por exemplo, ao casal que “padece” da patologia de gerar somente filhas mulheres.

Fica patente, por essas falas, que essas técnicas exorbitam em muito o que se conhece como *terapêutica*, como intervenção com objetivos clínicos. A engenharia da reprodução insere-se no *ethos* do consumo, das tecnologias do desejo, das tecnologias de gênero. Assim como os primeiros puericultores declararam fraco o leite materno para dar passagem à indústria do leite em pó, os esterileutas melhoram os gametas. Quem se arriscará a não **escolher** seus melhores óvulos e espermatozóides para fazer nascer seres cada vez mais perfeitos? Um bebê, nesse contexto, assume o caráter de “prótese”, como já disseram feministas francesas; as próteses da tecnologia superam em muito a natureza. Já se chamam esses bebês geneticamente triados de *gene-rich*. Tornarem-se hegemônicos é improvável? Quantas mulheres se atrevem hoje a parir em casa? Quantas no hospital têm o poder de recusar uma cesariana? Falar em direitos reprodutivos fica cada vez mais utópico. É o poder que vem do direito ou não seria o direito que vem do poder?

As mulheres (e os homens) colocam enorme poder nas mãos do complexo biomédico-industrial da reprodução. Alguém determina a “qualidade” de seus gametas e embriões, assim como o que fazer do “excedente” do que se pretende que venha a ser a sua progênie – matéria-prima para a indústria farmacêutica e da nascente indústria da reparação tissular. O ato biomédico escapa de qualquer controle legal e ético. Quem vai fiscalizar cada embrião, o número de óvulos aspirados em cada coleta? Mais de uma década se passou, desde que as clínicas de fertilização começaram a atuar no País até que o Conselho Federal de Medicina esboçasse alguma regulamentação. Até hoje, não há leis que regulem a prática das técnicas e os Conselhos não fazem valer sequer o código de ética. A divulgação promocional das clínicas é corrente na mídia.

O comércio de óvulos é, para nós feministas, de particular importância. Já se noticia essa prática, como sinaliza o *site* do Ser Mulher: “Apesar de inexistir lei que regulamente procedimentos de Reprodução Assistida no País, o Conselho Federal de Medicina (CFM) veta o comércio de óvulos e espermatozóides. A infração pode levar à perda do registro profissional”. Jovens universitárias têm sido recrutadas por clínicas de reprodução para doar óvulos a mulheres acima de quarenta anos com dificuldade de

gravidez. Em troca, essas instituições afirmam que oferecem *check-ups* ginecológicos e métodos contraceptivos.

Na clínica do urologista Roger Abdelmassih, trinta universitárias, com idades entre 23 e 26 anos, estão inscritas como doadoras. Segundo o médico, as jovens doam, em média, dez óvulos a cada estimulação e, às vezes, repetem o procedimento. “São poucas as que aceitam uma segunda vez.” “Segundo ele, as universitárias são abordadas por assistentes sociais que vão às faculdades e as convidam a avaliar a fertilidade. Na clínica, são informadas de que a análise dos óvulos complementa o *check-up* da saúde reprodutiva”. “As que topam fazer a estimulação ovariana são convidadas a doar seus óvulos.”¹¹

O conceito de saúde reprodutiva, nesse caso, servindo de referência para um pretenso *check-up* estimulado que culmina com a “doação” de óvulos é, para nós feministas, um escárnio.

No país do aborto ilegal como decisão das mulheres, os bancos (outra palavra nada inocente) de embriões se multiplicaram. São, esses embriões congelados, o alvo do investimento de pesquisadores e da indústria.

Matéria-prima e bionegócio

Embriões e células-tronco são matéria-prima para testar novos medicamentos e para fazer vacinas. O investimento aquecido, atualmente, é a terapia de regeneração dos tecidos, vendida como grande promessa da Biotecnologia. As linhagens de células-tronco são patenteadas pelas empresas.

Nos *sites* dessas empresas de Biotecnologia, pode-se acompanhar informações técnicas sobre as pesquisas assim como as cotações das ações na Nasdaq¹².

Fica, assim, explicada a corrida. Embora possam ser usadas células-tronco adultas, sem necessidade de hiperestimar mulheres e submetê-las a cirurgias para obter óvulos, a preferência é pelas embrionárias, pelo seu potencial para se diferenciar em qualquer tipo de tecido. O que se argumenta é que os embriões excedentes vão ser descartados, não havendo razão para não as utilizar. É o que defende a bióloga Mayana Zatz, da Universidade de São Paulo:

É bom lembrar que, quando se faz um transplante de medula óssea, estão sendo utilizadas células-tronco. Essa aplicação não

é motivo para discussões éticas ou religiosas, como ocorre com o uso das células-tronco dos embriões congelados nas clínicas de fertilização humana e que serão descartados um dia, porque não preenchem os requisitos básicos para ser implantados no útero ou porque o casal já teve os filhos que desejava. Os entraves que esse tipo de pesquisa encontra no Brasil já foram superados na Inglaterra, no Canadá, na Austrália, no Japão, na Coreia do Sul, em Israel. Na Coreia do Sul, as pesquisas avançam com rapidez porque os cientistas contam com verba para fazê-las progredir e não há censura religiosa ou ética que impeça sua realização¹³.

Zatz também se sente incomodada com as **censuras** éticas, entraves para o seu trabalho.

Também não pertence à sociedade, está acima dela. Colocar censura ética junto com censura religiosa é uma associação freqüente nos discursos dos defensores da Biotecnologia. Faz parecer que são intercambiáveis, o que contamina a ética, uma categoria leiga, com a associação do religioso, uma fonte de censura que não se aceita em Estados laicos, como o nosso.

Essa entrevista foi feita antes do estouro da fraude de Hwang. Mayana Zatz foi uma das brasileiras indicadas para o *Prêmio Nobel da Paz*.

A questão, no entanto, pode ser colocada de outra maneira: se tivesse sido aprovado o projeto de lei do senador Tião Viana, que limitava a formação de dois embriões no máximo e determinava a transferência a fresco, acabava a produção de embriões excedentes. Apavoraram-se os esterileutas, uma vez que tal medida reduziria a níveis impraticáveis a Fertilização *In Vitro*, pois esta depende da overdose de hormônios e de hipertransferência de embriões. Enquanto esse projeto congelava no Congresso, o Ministério da Saúde apressou-se em formar uma comissão para garantir a hipertransferência.

O Governo Lula tornou-se entusiasta da Biotecnologia. A aprovação do uso dos embriões congelados se deu na carona da Lei de Biossegurança, mais conhecida como a Lei da Monsanto, em que a grita dos padres foi abafada pelo peso econômico da corporação. A assim chamada *bancada evangélica* aderiu aos benefícios das sementes transgênicas e das curas prometidas. Tão logo se aprovou a Lei da Monsanto, o então Ministro da Saúde Humberto Costa lançou um programa de 11 milhões de reais para

a pesquisa com células-tronco. Anteriormente, publicara portaria criando a Política Nacional de Reprodução Humana Assistida no Sistema Único de Saúde. Uma reunião do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde estimou que o impacto do credenciamento de 5 centros de Reprodução Assistida entre agosto e dezembro de 2005, seria de R\$ 9 a R\$ 10 milhões. Há previsão de credenciamento de 13 serviços em 2006, atingindo, em 2007, o total de 21 centros.¹⁴

Segundo a portaria, serão atendidas mulheres acima de quarenta anos e cônjuges (*sic*) com obstrução bilateral de trompas, o que pode incluir os milhões de esterilizadas. Tamanha liberalidade com a oferta de serviços ginecológicos de alta complexidade no país das altas taxas de mortalidade obstétrica por falta de assistência mínima à gestante é, no mínimo, estranha. Ofertar seis consultas ginecológicas e cinco ultra-sonografias para uma Fertilização *In Vitro*, quando se conhece a precariedade dos serviços próprios, significa drenar uma descomunal verba para as clínicas privadas. Se, com a aprovação da Lei da Monsanto, os casais de classe média passarem a recusar a utilização de seus embriões congelados, não é difícil imaginar onde se irá buscar os “excedentes” para a clonagem. Vale lembrar que foram usados mais de novecentos óvulos para clonar um embrião (se é que se conseguiu a clonagem).

A corrida – é preciso ressaltar sempre e politizar esse ponto – é pelos óvulos. Sem eles, não há embriões. Colocar o foco nos óvulos traz as mulheres para o centro do debate.

Para não dizer que não falei da Bioética

A oposição ao avanço da Biotecnologia é pintada na mídia, comprometida com os interesses do grande capital, com as cores das forças retrógradas, das posições anticiência, o bionegócio fazendo o papel de Galileu a ser torrado pela Inquisição. O campo político em disputa, hoje, é um pântano minado.

Uma visita ao *site* da Sociedade Brasileira de Bioética informou que, por exemplo, o seu *III Congresso* teve os seguintes patrocinadores:

Bristol-Myers Squibb, Clínica Baú, Copelmi, Digicom, Dmae, Dimed, Fertilitato, Centro de Medicina Reprodutiva, Glaxo Wellcome S.A., Grupo Gerda, Jomhédica Produtos Médicos

Hospitais, Laboratório Weinmann, Merck Sharp & Dohme, Nestlé, Parmalat, Schering do Brasil, Telet, Terra Networks Brasil S.A. e União Social Camiliana / Centro Universitário São Camilo¹⁵.

Uma das recomendações do Conselho de Bioética do Presidente Bush exorta as sociedades profissionais a se posicionarem com firmeza contrariamente a práticas como “a fusão de embriões masculinos e femininos, o uso de gametas retirados de fetos (ou produzidos a partir de células-tronco), a criação de embriões e a transferência de embriões humanos para úteros não humanos”¹⁶.

Seriam essas recomendações fundamentalistas?

Algumas posições são inconfundíveis. Opor-se a essas tecnologias degradantes, ofensivas à dignidade, nocivas para a saúde da mulher, manipuladoras do desejo construído pela maternidade obrigatória, não nos coloca na mesma barca que os fundamentalistas religiosos. A autonomia e a autodeterminação das mulheres são valores que só as feministas defendemos. Os patriarcas das igrejas nos excluem da sua “defesa da vida”. Ao contrário, não querem perder o poder sobre a nossa sexualidade, agarrando-se no direito do embrião como estratégia para a subjugação da mulher. Seu poder maior é esse, achar que vão abrir mão dele é desconhecer quase dois mil anos de História. Se concordamos com Foucault, Reich, Agamben, entre outros. Além da História, é claro.

Ao criticar com radicalidade essas tecnologias, sei também que não posso minimizar o sofrimento das pessoas que, sem informações suficientes para pesar os riscos, procuram esses serviços. Creio, no entanto, que toda a questão pode ser tratada de outra forma, com políticas de prevenção de infertilidade, apoio à adoção e com a abordagem psicoterapêutica, uma vez que em cerca de 90% dos casos as “infertilidades” são idiopáticas, ou seja, sem causa diagnosticada. Além de parar de despejar na comida, na água, no ar que respiramos, os metais pesados que já foram dosados nos óvulos e todos os poluentes que estão diminuindo a formação de espermatozoides, por exemplo.

As pesquisas feitas com as mulheres que passaram por todos esses processos e saíram ainda mais infelizes precisam ser politizadas. O que

essas mulheres têm a dizer não pode continuar no segredo dos consultórios psicológicos ou na solidão de sua invisibilidade.

Concordando com Fátima Oliveira, que diz ser a Bioética um campo de disputa política, creio ser importante construir posições informadas e ter claro que os confrontos serão mais freqüentes que as alianças. Novamente estaremos falando para ouvidos não-afinados com dissonâncias.

A posição das mulheres em relação às tecnologias reprodutivas consta da Plataforma Política Feminista, concluída e aprovada na *Conferência Nacional das Mulheres Brasileiras* em 2002¹⁷.

É uma posição discutível. Ao mesmo tempo que reconhece os danos potenciais e o caráter experimental das tecnologias, aponta para a defesa do direito ao acesso universal, que contemple quem não pode pagar por elas e casais homossexuais. Se não se tem, como diz a resolução, ainda, estabelecidos os riscos e danos, não se pode reivindicar como um direito.

Não tendo conhecimento das discussões que embasaram essa posição, coloco a indagação da sua representatividade em termos do movimento, uma vez que, no Brasil, é notória a pouca reflexão feminista a respeito desse tema¹⁸.

Nesses fragmentos, tentei trazer para a discussão o *ethos* desta comunidade em que estamos, as feministas, exiladas. Se vamos construir Bioéticas, temos de identificar quais os nossos *ethos*, ou quais os nossos valores morais, aqueles pelos quais achamos que vale a pena – que não é pequena – lutar. Porque é de uma luta que se trava, ainda, num mundo em que, antes do direito à propriedade, os homens se atribuíram a propriedade dos direitos.

Notas

¹ Feminista, médica formada pela Escola Paulista de Medicina da UNESP. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo da Universidade Federal da Bahia – UFBA.

² *Folha de S.Paulo*, 07 de junho de 2006, editoria de Ciência.

³ *Folha de S.Paulo*, 13 de fevereiro de 2004, Ricardo Bonalume Neto.

⁴ *Folha de S.Paulo*, 05 de julho de 2006.

⁵ MARX, K. E ENGELS, F. *O Manifesto Comunista*. Rio de Janeiro: ZAHAR Editora: 2006.

⁶ *Folha de S.Paulo*, 21 de dezembro de 2005.

⁷ *Folha de S.Paulo*, 21 de setembro de 2004, Marcelo Leite.

⁸ <http://www.sogesp.com.br/protocolos/manuais/endocrina/cap18.html>.

⁹ <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004635.html> – avaliação dos inibidores da hipófise.

¹⁰ *Caras*, 12–24 de março de 2006.

¹¹ Cláudia Collucci, *Folha On Line*, 12 de fevereiro de 2006. www.sermulher.org.br/site/index.php?a=biobio&ncat=21&nid=61-13k.

¹² www.phylogenyinc.com; www.stemcellsinc.com/thetechnology/applications.html.

¹³ <http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/ctronco2.asp>.

¹⁴ http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/atencao_saude/ReproducaoHumanaAssistida170805.pdf#search=%22reprodução%20assistida%20%20portaria%22.

¹⁵ <http://www.ufrgs.br/bioetica/congres.htm>.

¹⁶ <http://www.bioethics.gov/reports/reproductionandresponsibility/chapter10.html>.

¹⁷ <http://www.articulacaodemulheres.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=34>.

¹⁸ <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/381/38109209.pdf#search=%22fatima%20oliveira%20revista%20estudos%20feministas%22>.



LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS REPRODUCTIVAS Y LOS VIEJOS DILEMAS DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA

7

Ana Cristina González Vélez¹

Quisiera introducir mi presentación explicando que considero fundamental la comprensión de cómo se construyen (desde donde) y cuáles son, los discursos que subyacen a los debates que nos convocan hoy aquí, para discutir sobre los argumentos que aparecen a la hora de defender progresos en el campo de las NTR. De la misma manera es importante indagar acerca de las formas en que éstos están íntimamente ligados a los argumentos de defensa de otros temas en el campo de los derechos sexuales y reproductivos – DSR –, tales como el aborto y comprender cuáles son los principios y derechos que subyacen a estos argumentos.

Los debates sobre las NTR, se gestan fundamentalmente en dos ámbitos: el legislativo y el social. El primero como esfera donde se buscan “formalizar” los pactos – y sus alcances- que una sociedad está dispuesta a transar frente a la introducción de las NTR. El segundo como la esfera de la resistencia y la interpelación y a su vez, la construcción de “acuerdos” que pretenden por un lado hacer parte de los pactos de poder real (legislativo) y por el otro generar nuevos contenidos sobre asuntos relativos a los derechos sexuales y reproductivos y/o contribuir a la resignificación o la creación de nuevos mundos simbólicos en la perspectiva de ampliación de estos derechos. Estos dos ámbitos nos hablan de un doble movimiento en el que desde el poder real se defienden en nombre del progreso científico los intereses del mercado y en el que desde la esfera social se busca la ampliación de derechos para todas las personas.

A su vez, estos ámbitos se inscriben en dos discursos claramente identificables: el de la bioética (que prevalece como hilo argumentativo

en los debates que se dan a nivel legislativo) y el de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos que ha dominado el ámbito social. La bioética se “presenta” como el discurso hegemónico de la ciencia médica (que remplazó -sin mayor debate- en una buena cantidad de países, los contenidos discursivos de la ética médica tradicional) para sustentar diversos intereses (usualmente de los privilegiados). En nombre de este discurso los argumentos predominantes se basan en la defensa y protección del derecho a la vida. Los derechos en cambio aparecen como una reivindicación y como el eje argumentativo, sobretodo, del movimiento de mujeres. Por esto considero que una reflexión como la que se nos propone en este seminario debe remitirse primero a un análisis de la bioética feminista como crítica al discurso hegemónico en este campo, con el fin de volver la mirada a los argumentos que se proponen desde la bioética feminista, y a los DSR como parte de los derechos humanos en la perspectiva de lograr avances en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. Con este análisis podremos hacer visible la relación estrecha que existe entre los principios que son vertebrales, desde una mirada feminista, a uno y otro discurso y comprender como estos principios están en el centro de los conflictos morales de las NTR y de los DSR en un sentido más amplio, siendo entonces posible su comprensión tanto desde la bioética – ya no como discurso exclusivo de la ciencia médica y de los privilegiados –, como desde los derechos.

Por otro lado, los conflictos morales de las NTR si bien plantean nuevos retos, simbologías y resignificaciones, en temas como la inseminación artificial, también contienen dilemas que persisten en otros campos de los DSR aún no conquistados como el caso del aborto; o que si bien han sido campos conquistados, como la anticoncepción de emergencia, plantean dilemas semejantes, como la injerencia de los laboratorios; o dilemas que expresan una confrontación entre derechos en el campo de los DSR como cuando a la hora de definir los recursos se trata de “priorizar” entre el acceso a medicamentos para la inseminación artificial versus acceso a medicamentos para el vih/sida como una obligación del estado.

La bioética feminista como crítica al discurso hegemónico²

Las primeras dos décadas del surgimiento y consolidación de la bioética estuvieron marcadas por la preponderancia de la teoría de los principios, desarrollada originalmente por James Childress e Tom Beauchamp en el

libro que fue conocido como la “Biblia” de los estudios bioéticos, *Principles of Biomedical Ethics*.

Esta teoría tuvo el mérito de apuntar soluciones para los dilemas morales en la bioética por medio de los cuatro principios -autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Su mayor mérito fue exactamente su capacidad de “tecnificar” los dilemas morales, presentándoles posibilidades de solución accesibles para un público enorme no iniciado en los estudios bioéticos. Solo al final de los años 80 y en el inicio de los 90’s que surgieron los primeros estudios críticos que tuvieron voz entre los bioeticistas. Este doble movimiento crítico a la teoría de los principios y a la disciplina de la bioética surgió solo en los 90, siendo la bioética feminista uno de sus principales vectores.

La crítica a la teoría de los principios vino acompañada, y no fue casual, de una revisión de los presupuestos de la bioética como disciplina. La bioética feminista surgió formalmente en los 90 con la publicación de los primeros estudios, en forma de libro, que interrelacionaron el feminismo y la bioética. Gilligan³ fue una autora que constituyó un hito en esta historia. Las categorías del “cuidado” y la “justicia” como referentes de los patrones éticos de mujeres y hombres, respectivamente, permitieron concluir que los papeles de género femenino y masculino conducían a prerrogativas éticas diferentes. La consecuencia lógica del argumento de Gilligan, y que persiste hoy en la bioética feminista, fue la consideración de que los discursos éticos deberían contemplar la diversidad -para ella, las diferencias de género-. Sin embargo, autoras como Kuhse en su obra “*Caring: Nurses, Women and Ethics*”⁴, a pesar de reconocer el mérito histórico de la obra, consideran que la defensa de una ética femenina basada en el “cuidado” acentúa las desigualdades de género especialmente por su apego esencialista.

Otros elementos importantes de la crítica feminista a la bioética fueron planteados por Wolf⁵. Esta autora sugiere, en primer lugar, una crítica a los presupuestos de la teoría de los principios por suponerse universales; en segundo lugar, apunta a los límites que la ideología liberal tiene en cuanto al concepto de individualismo y en consecuencia, al principio de la autonomía como valor máximo; en tercer lugar, y tal vez la crítica más importante al modo de ver de algunas pensadoras feministas, reconocen que la estructura de la bioética preserva los intereses de quienes se encuentran en ventaja social constituyendo una bioética para los privilegiados; por

último se señala el aislamiento de la bioética de los estudios críticos que serían fundamentales para su avance.

Así, la fase post-Gilligan de los estudios feministas en bioética estuvo marcada por evaluaciones críticas de las propuestas de universalismo e incluso de generalismo ético que caracterizan los estudios bioéticos. En verdad, podríamos situar a la bioética feminista como una de las temáticas de un proyecto contemporáneo de filosofía moral que busca comprender y aprehender la diferencia moral entre las partes que se encuentran en un conflicto moral. Son teorías de la bioética que buscan revelar las sutilezas de las relaciones morales que envuelven juegos de fuerza desiguales (sean estos fruto de la jerarquía, del poder o de cualquier otra desigualdad social), es decir, teorías que buscan modificar el carácter de la bioética.

Resumiendo, la argumentación central de la bioética feminista, que señala cuán inapropiados son algunos de los principios de la bioética tradicional en contextos de desigualdad, puede ser extendida a otras minorías sociales o a otras formas y patrones de dominación, pues no son exclusivas de las relaciones de género.

Al igual que Sherwin⁶, consideramos que si no se efectúa un movimiento crítico de los principios, éstos, en lugar de servir como salvaguardas de la dignidad y/o integridad de los sujetos morales en situaciones de conflictos éticos, servirán para mantener el orden dominante que protege a quienes Wolf adecuadamente llamó “privilegiados”⁷. Según esta autora, el principio de la autonomía, valor tanpreciado tanto para el movimiento feminista como para la bioética en general, si no se aplica en contextos de igualdad entre las partes en conflicto, puede transformarse en un arma contra aquellos a quienes busca proteger. O, al menos, como argumenta Sherwin, puede transformarse en un concepto carente de sentido, toda vez que la referencia al individuo, cuando se saca del contexto de su biografía social, es vacía.

Los principios de la bioética podrían definirse de forma sencilla de la siguiente manera⁸:

El principio de la *beneficiencia* significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan.

El principio de *no maleficencia*, sinónimo del “No dañar”, de la ética médica tradicional, es considerado por algunos eticistas como el otro elemento del par dialéctico beneficencia-no maleficencia. En cualquier caso, se reconoce la obligatoriedad

de hacer el bien y no hacer el mal sin que estos asuntos estén contestados desde una óptica que vaya más allá de la de los privilegiados.

La *autonomía*, uno de los principios que incorpora la Bioética a la ética médica tradicional, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. Una expresión del ejercicio de la autonomía, es el *consentimiento informado*, que supone el respeto de la *integridad* de las personas como un todo, con sus valores más preciados: la vida y la salud, que incluye además el respeto a su individualidad y a su derecho de libertad de opción. Otro tanto sucede cuando los elementos que justifican el ejercicio de la *autonomía* en el individuo son contrarios al derecho de elección de la comunidad.

El principio de la justicia, en el marco de la atención de salud, se refiere generalmente a lo que los filósofos denominan “justicia distributiva”, es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad. Justicia significa, a fin de cuentas, dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario, y este enunciado está evidentemente vinculado, en primera instancia, al proyecto social del modelo económico que impere en la sociedad que se analiza.

Los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos: una lectura desde la bioética

Por su parte el discurso de los DSR tiene varias entradas para su análisis y una de ellas es la lectura ética que fue propuesta, entre otras, por dos autoras feministas (Correa y Petchesky), quienes plantean que las bases para los DSR de las mujeres provienen de 4 principios éticos, los cuales a su vez pueden violarse por invasión o abuso (de múltiples actores) u omisión (discriminación o negación). A continuación presento estos principios recreados por otras reflexiones y un principio más que es el de la justicia. Este discurso, da lugar a la construcción de los argumentos con los que desde el feminismo estamos defendiendo otras luchas y buscando otras conquistas en el campo de los DSR y dejan en evidencia elementos comunes entre los principios de la bioética y los derechos.

- Integridad corporal: consiste en el derecho a la seguridad y al control (la autodeterminación) sobre el propio cuerpo y está en el corazón de las libertades sexuales y reproductivas. Este principio nos recuerda que mientras los DSR tienen una dimensión social, son también irreductiblemente personales. Incluye el derecho a no ser alienada de su capacidad sexual y reproductiva (a través del sexo coercitivo y su derecho a la integridad física).

- “Personhood” (el ser persona): se relaciona con la idea de que el cuerpo de las mujeres no sea una extensión del territorio del estado y que las decisiones relativas al mismo no estén determinadas por una moral dominante y religiosa. Se relaciona con la laicidad del estado. Esto es su derecho a la autodeterminación, tratarlas como actoras principales y tomadoras de decisión en asuntos de la reproducción y la sexualidad.

- Igualdad: en DSR se refiere a la igualdad, tanto en la relación hombre-mujer (las relaciones de género) como en las relaciones mujer-mujer (en cuanto a clase, edad, nacionalidad, etnias). En términos de igualdad de oportunidades, capacidad de toma de decisión e igualdad para hacer elecciones. O sea condiciones de justicia y libertad para ser igual para hacer elecciones.

Diversidad: El respeto por la diferencia entre mujeres en cuanto a sus valores, cultura, religión, orientación sexual, etnia. La expresión sexual diversa.

Propongo además, como parte de estos principios y desde una mirada feminista de la bioética, que incorporemos el principio de justicia desde la interpretación de Fraser⁹, para considerar como niveles de la justicia, la **redistribución y el reconocimiento**. En palabras sencillas, a nivel de la redistribución se ubican los problemas relativos a la estructura política y económica y a nivel del reconocimiento se ubican los problemas de índole cultural. Con base en esta idea de justicia, habría que distinguir analíticamente dos concepciones amplias de injusticia, la socioeconómica arraigada en la estructura político-económica de la sociedad como la privación de los bienes económicos necesarios para una vida digna o la marginación económica.

La injusticia cultural, por su parte, está arraigada en los patrones sociales de representación, interpretación y comunicación, siendo ejemplos de este tipo la dominación cultural que en el ámbito de la salud se expresa a través de la dominación de un modelo de salud androcéntrico que y se acompaña, al decir de Fraser, del sexismo cultural: “la difundida devaluación de aquellas cosas que se codifican como “femeninas”... que se expresa en un conjunto de lesiones que sufren las mujeres, entre ellas el ataque sexual, la explotación sexual y la difundida violencia doméstica” (Fraser, 1997: 33).

Bioética y NTR: De que dilemas estamos hablando?

Como mencioné antes, los conflictos o desafíos morales de las NTR si bien plantean nuevos retos, simbologías y resignificaciones, en temas como la inseminación artificial y el proyecto del genoma humano, también contienen dilemas que persisten en otros campos de los DSR aún no conquistados como el caso del aborto y en este caso particular quiero afirmar, que no hay como avanzar, en América Latina, en el debate sobre las NTR sin que avancemos en forma significativa en la despenalización total del aborto.

Los argumentos contruidos y defendidos hasta ahora y con los que no hemos logrado el cambio esperado, subyacen a las NTR y creo que es momento propicio para repensarlos y para evitar que el ritmo de los nuevos debates nos desplace de una conquista no alcanzada: el aborto. De la misma manera es necesario que pensemos como armonizar argumentos en cuestiones que plantean por lo menos, dilemas similares o incluso antagónicos (como el que aparece cuando a la hora de definir y priorizar los recursos de salud pública del estado, se contraponen temas como el acceso a medicamentos para la inseminación artificial versus acceso a medicamentos para el vih/sida). Estas reflexiones son por supuesto, algunas posibilidades y no pretenden, ni de lejos abarcar todas las dimensiones de tan complejo y rico debate.

Aborto, inseminación artificial, proyecto genoma humano

Si bien son múltiples los conflictos que plantean la cuestión de la inseminación artificial (embriones sobrantes) o el proyecto del genoma humano (como la posibilidad de destrucción de embriones humanos o el uso de embriones para la obtención de células troncales), uno de los más controversiales y que es común a otros debates en las NTR tiene que ver con

la protección de la vida humana desde el momento de la concepción. El valor moral de la vida del feto/embrión. Esto puede apreciarse claramente en un reciente proyecto de ley del genoma humano discutido en Chile. En el marco de estos proyectos, en varios países, se está negociando (o se ha negociado) en nombre del progreso científico encontrándose dos posiciones entre quienes defienden la protección de los embriones a ultranza y la de quienes aceptan su manipulación e incluso destrucción con algunas condiciones. Esto último ha sucedido como en el caso de Inglaterra en países donde al mismo tiempo donde existen condiciones de liberalización del aborto.

Por esta razón considero que es crucial reconfigurar los argumentos (sin abandonar otros) que ponen en conflicto los derechos de las mujeres versus los derechos del feto/embrión. La libertad y autodeterminación (cuando el aborto se procura por la mera voluntad de la mujer), la dignidad y el derecho a no ser torturadas (cuando se procura por malformación fetal) y el derecho a la vida (cuando se procura para salvar la propia vida). Todos estos principios como base de los derechos de las mujeres, suelen aparecer en contraposición del derecho a la vida del embrión/feto y su protección absoluta e irracional. Y creo que es momento de empezar a plantear entre nuestros argumentos, que reconocer el valor moral de la existencia humana no es lo mismo que suponer su intocabilidad. Este argumento aparece claramente en reciente sentencia de la Corte a propósito del tema del aborto¹⁰:

Dice la Corte, que considera necesario “distinguir el derecho a la vida del cual son titulares las personas capaces de vida independiente, del bien jurídico de la vida que obliga a la protección igualmente del *nasciturus* desde el momento mismo de la concepción...los derechos fundamentales, los principios y valores constitucionales no son ilimitados ni tienen un carácter absoluto. En esa medida tanto el derecho a la vida, como la protección a la vida del *nasciturus* deben ser ponderados con los restantes derechos y bienes constitucionalmente protegidos, y como resultado de la ponderación puede resultar que en ciertos casos la protección del bien jurídico de la vida en cabeza del *nasciturus* puede suponer cargas desproporcionadas para el derecho a la vida, a la igualdad y a la salud de la mujer gestante...La penalización del aborto en todas las circunstancias se revela de esa manera como una medida claramente desproporcionada e irrazonable, pues establece una preeminencia absoluta de la protección del bien jurídico de la vida del *nasciturus* sobre los derechos fundamentales de la mujer embarazada.

Anticoncepción de emergencia (ACE) y medicamentos para inducir la ovulación

En este campo el sentido del dilema es diferente pues uno de los aspectos que ha impregnado el debate sobre la ACE es el de la necesidad de evitar daño al cuerpo de la mujer y preservar su integridad. Aquí como en el caso de las mujeres que deciden someterse a una inseminación artificial (y no necesariamente porque haya infertilidad como es el caso de las mujeres lesbianas), el dilema se plantea en dos niveles: la integridad versus la libertad y autonomía sexual por un lado, y el beneficio para los grandes laboratorios que se dedican a la producción de medicamentos “especializados” creando y condicionando un mercado en el que una de las partes (los médicos) pueden beneficiarse de los intereses generados (bioética para los privilegiados) y la otra (las mujeres) deben someterse a las reglas de ese mercado en términos de costos, experimentación clínica, etc. En este caso, lo que para nosotras es una ampliación de derechos, para los otros es un asunto de ampliación de mercados.

Justicia y recursos: acceso a medicamentos para el vih/versus inseminación artificial

Mientras que por un lado la inseminación es una elección que apunta entre otras a ampliar los modelos de familia, que puede basarse desde el punto de vista argumentativo en la defensa de la justicia social en su dimensión del reconocimiento, por el otro el acceso a medicamentos apela también a la justicia sobretodo en su dimensión de redistribución (aunque no sean excluyentes). Y estas dos dimensiones de la justicia, entre otras, están en juego cuando se trata de establecer prioridades y definir el uso de los recursos de salud pública. El presupuesto para la salud. Por esto habría que preguntarse, y será simple porque Débora va a profundizar en este tema, si se trata de una demanda de salud o del reconocimiento de un derecho social a constituir una familia? Se trata acaso de una demanda de planificación familiar? Es obligación del estado, al mismo nivel que la obligación de proveer tratamientos como en el caso del vih/sida, absorber los gastos derivados de los tratamientos para reproducción asistida? Al mismo nivel que la provisión de métodos anticonceptivos para todas las mujeres, es decir, podría pensarse incluso como una demanda de planificación familiar?

Quiero finalmente plantear otras dos situaciones que nos enfrentan a viejos debates en los DSR y algunos nuevos que creo, se sustentan en las mismas preocupaciones y responden al mismo nivel de argumentación. Preguntar si entre la defensa de la prostitución y el alquiler de úteros hay diferencias. Se trata en ambos casos del uso del cuerpo de las mujeres como fuerza de trabajo? Están en el centro de ambas demandas la defensa de los derechos a la privacidad e intimidad sexual?

Notas

¹ Médica y feminista colombiana. Ha trabajado en salud pública e investigación y ha sido activista del movimiento por la salud de las mujeres tanto a nivel nacional como internacional. Se desempeñó como Directora Nacional de Salud Pública en Colombia entre el 2002 y 2004. Perteneció a distintos paneles internacionales sobre salud y actualmente es consultora para el UNFPA y otras entidades y viene acompañando las discusiones sobre regulación para el acceso a servicios de aborto seguro. Ha realizado publicaciones en revistas internacionales y libros sobre salud sexual y reproductiva.

² Las ideas propuestas en este aparte (la bioética feminista como crítica al discurso hegemónico) fueron escritas con Débora Diniz y publicadas en distintas revistas y libros.

³ Gilligan, Carol. *In A Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press. 1982. After Gilligan, *Caring: A Feminine Approach to Ethics & Moral Education* was published by Nel Noddings (Berkeley: California Press. 1984), following the line of “ethics of care”.

⁴ Kuhse, Helga. *Caring: Nurses, Women and Ethics*. Oxford. Blackwell Publishers. 1997.

⁵ Wolf, Susan. “Introduction: Gender and Feminism in Bioethics. In: Wolf, Susan (org.). *Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction*. Oxford. Oxford Press. 1996.

⁶ Sherwin, Susan. In: *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*. Philadelphia. Temple University Press. 1992: 68-75).

⁷ “... The safeguards and principles we have developed in bioethics do not seem to apply equally to all. We have developed a bioethics primarily for the person with access to health care and with a doctor likely to listen to, understand, and respect that person. It is a bioethics for the privileged...” (“Introduction: Gender and Feminism in Bioethics. In: Wolf, Susan (org.). *Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction*. Oxford. Oxford Press. 1996: 18).

⁸ (Principios básicos de la bioética. Lic. María del Carmen Amaro Cano,(1) Lic. Angela Marrero Lemus,(2) Lic. María Luisa Valencia,2 Lic. Siara Blanca Casas2 y Lic. Haymara Moynelo2 Revista Cubana de enfermería. La Habana. 1996).

⁹ Iustitia interrupta. Fraser, N.

¹⁰ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355. 2006



RACISMO E NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS

8

Ângela Maria do Nascimento¹

Este texto visa abordar, ainda que de forma inicial, a relação entre racismo e Novas Tecnologias Reprodutivas, como temática central deste seminário. O caminho percorrido toma a forma de uma reflexão acerca de elementos sócio-históricos fundadores do racismo com relação à saúde reprodutiva das mulheres negras na sociedade brasileira, a partir do significado dado ao seu corpo negro. Compreende-se que a interferência do racismo nas práticas institucionais médicas, ainda que seja um estudo a ser mais aprofundado, atuou, e continua atuando, como um vetor influente nas práticas de saúde, historicamente construídas.

O racismo, enquanto fenômeno ideológico baseado no argumento da superioridade de uma **raça** sobre a outra, constituiu-se em elemento estruturante das relações sociais que organizaram o País, sob a lógica da exploração colonizadora comandada pela metrópole portuguesa. Mediante a inserção do trabalho de mulheres negras e homens negros como principal fonte de produção da riqueza, operou-se a metamorfose da condição de africana/africano em escrava/escravo negra/negro (Ianni), imprimindo-lhe, em todas as dimensões das relações sociais estabelecidas com os brancos, um lugar de negação e de subordinação.

No período de transição entre o escravismo e o capitalismo no País, as idéias abolicionistas e em defesa de um novo ordenamento social, ainda que negassem a condição vil da relação de dominação entre **senhor e escravo**, apregoaram um lugar distinto para negros e mestiços com relação aos brancos, tendo como ideário subjacente o eugenismo de Francis Galton (1822–1911).

Longe de ser incompatível com a dinâmica estabelecida pela sociedade capitalista no período pós-escravismo, o racismo passou a ganhar novos significados na organização das novas formas de trabalho e de divisão de classes que apontavam para o desenvolvimento dos grandes núcleos urbanos do País. Nesse novo contexto, fez-se a negação ao ser social negro sob duas formas distintas. A primeira, entendendo a miscigenação como algo negativo ao ideário de modernidade, alargando a defesa do branqueamento da população brasileira. A segunda, afirmando a miscigenação como positiva, porém possibilitando, na figura do pardo, a construção de um dispositivo ideológico com potencial de legitimação de uma falsa neutralidade².

Em decorrência da negação do sujeito negro, são desenvolvidas as derivações mais amplas – sociais, culturais, políticas – que implicarão, ainda que de forma difusa e não reconhecida socialmente, formas de ameaça à saúde física, emocional, intelectual e social desse segmento. Subjacente a essas práticas, encontra-se a idéia da supremacia do outro: o branco, que é construído como modelo universal de política, cultura, sociedade, ciência, desenvolvimento e civilização.

No interior dessa dinâmica, o lugar social ocupado pela mulher negra³ na sociedade brasileira se fará mediado por sua condição de sujeito sociopolítico-afetivo a partir da configuração histórica construída. E um dos principais campos de expressão desse lugar social será a sua saúde reprodutiva.

Aspectos históricos da saúde reprodutiva da mulher negra no Brasil

Em diferentes momentos da História da humanidade, o controle exercido sobre o corpo da mulher tem servido à reprodução de práticas de dominação através da maternidade⁴.

No período colonial, a maternidade foi organizada e estimulada em torno do papel social estabelecido para esta frente aos objetivos e desafios à expansão das atividades lucrativas da Colônia. Mas, além de um projeto demográfico e econômico, tornou-se, com o apoio da Igreja e da Medicina da época, uma forma de domesticação das mulheres. Para isso, tanto os valores androcêntricos e discriminatórios reproduzidos nos valores médicos, nos valores normatizadores da Igreja em torno de um perfil de “santamãezinha” quanto a valorização da vida familiar e do espaço doméstico eram mecanismos ideológicos que atuavam para reger a condição feminina na Colônia.

Não nos parece, porém, que essa **maternidade possa ser tratada como algo genérico, indistinto para mulheres brancas e negras**, uma vez que o quadro de privações existente no período colonial não permitiu às mulheres negras nem mesmo as condições mínimas para exercerem a maternidade. Os gastos com a manutenção de escravos, diante do lucro advindo do tráfico, faziam com que a reprodução fosse tratada com ampla negligência pelos senhores proprietários.

Em uma situação de completo abandono, o índice de mortalidade infantil era altíssimo, como indica este jornal de 1851:

Sabe-se, pelas estatísticas de todos os países civilizados, que as populações duplicam de 20 em 20 annos; e, se esse facto se não observa entre os negros, a causa é o tratamento que nós lhe damos, os frequentes suicídios, infanticídios e abortos provocados que tem lugar entre elles [...] (O Americano, 1851, *apud* Giacomini, 1988).

Nesse contexto, embora a organização das condições de vida compromettesse a saúde reprodutiva das mulheres em geral, para a mulher negra havia outros determinantes em seu exercício de maternidade. É que as condições de saúde reprodutiva e sexual da mulher negra escrava foram estabelecidas com diferentes significados sob a lógica escravista. Diferenças vinculadas aos lugares construídos desigualmente para a mulher branca e a mulher negra, tendo, nesta última, uma condição de maternidade cujo significado foi moldado com base nos interesses produtivos e escravistas, que “destinavam” aos seus filhos a perpetuação de seu sofrimento e sua exploração ou até mesmo a sua morte.

A exploração da força de trabalho da mulher negra a obrigava a “duras fadigas [que] impedião, em algumas, o regular desenvolvimento do feto; em outras, mingua o leite [...] em quase todas, geravam o desmazelo pelo tratamento dos filhos”. (A Liberdade dos Ventres, *apud* Giacomini, 1988.) O uso do infanticídio como prática recorrente nos permite inferir que o exercício da maternidade era algo marcado pela privação e por intenso sofrimento⁵. Segundo o parecer da Comissão Especial de 15/05/1871, “[...] a escrava mata o filho, antes de nascer, ao nascer ou no berço, para o poupar à sorte miseranda que o aguarda; mata o escravo querido, para lhe dar a única alforria a que pode aspirar” (*Diário do Rio de Janeiro*, 1871; *apud* GIACOMINI, 1988, p. 26).

A partir do final do século XIX, marcado pela extinção do escravismo e pelo impulso ao crescimento dos centros urbanos (sobretudo São Paulo), que começam a se expandir mediante o processo de industrialização, novamente a maternidade será retomada como um papel social, frente às novas demandas do Estado. Este passará a contar com a institucionalização da Medicina como braço aliado na organização das famílias e das cidades (Costa, 1985).

Em nome da higienização das cidades, tendo-se em vista a consolidação da base industrial e das exigências comerciais quanto às condições de salubridade dos portos, a Medicina terá uma grande importância no processo de ordenamento econômico e político-institucional do Estado. Mas não se restringe a isso. Ela penetra nas famílias e estabelece um vínculo entre a maternidade e a adoção de novos hábitos, em nome da modernidade, do progresso. A Medicina passou a atuar junto às mulheres brancas, no interior das famílias, disseminando ideologicamente a formação de um “corpo saudável”, que significava um corpo de mulher antagônico às práticas coloniais e ao corpo negro.

Apoiando-se nas características físicas das mulheres, a Medicina afinava suas críticas com as exigências da urbanização. Fazia coro com cronistas, viajantes e imigrantes europeus, que viam, em toda aparência física diversa das suas, sinal de inferioridade e degradação social. [...] Num período em que a cor da pele distinguia, quase por si só, senhores de escravos, dominantes de dominados, a tez branca era tão importante quanto os brasões de linhagem ou a posse de terras. A pele fina e alva era uma manifestação do racismo conservador das elites. O físico da mulher respondia ao comando ideológico de seu grupo social (Costa, 1989, pp. 118–119).

Com base nesses elementos, aproximamo-nos da idéia, em construção, de que a Medicina, em seu processo de institucionalização junto ao Estado brasileiro, no século XIX, tenha exercido um papel relevante na disseminação do corpo branco como modelo ideal de corpo burguês, no interior das famílias que estavam sendo preparadas sob o signo da burguesia. Corpo eleito representante de uma classe e de uma raça, cuja representação serviu para incentivar o racismo e manter explorados, “em nome da superioridade racial e social da burguesia branca, todos os que,

por suas singularidades étnicas ou pela marginalização socioeconômica, não logravam conformar-se ao modelo anatômico construído pela higiene” (Ibidem, p. 13).

Tais obstáculos atuavam diretamente no ingresso da população negra frente ao novo padrão de organização das cidades. Se às famílias brancas da elite era estimulado um papel central na formação do futuro das crianças e dos jovens, através da Medicina, a presença dos negros e das negras no ambiente familiar era vista e tratada como não-moderna, como algo indesejável. Uma influência negativa aos bons costumes que uma sociedade **moderna** deveria consolidar. Nesse ambiente, o discurso sobre o corpo negro torna-se revestido de subalternidade e de nocividade, sendo, sobretudo, as mulheres negras transformadas em sinônimo de fonte de doenças orgânicas, a exemplo da sífilis⁶.

[...] entre as escravas, que além de serem em geral estúpidas, grosseiras e o seu moral extremamente viciado, o seu organismo é, de ordinário, a sede de grande cópia de moléstias, bem como a sífilis e a diátese escrofulosa, o linfatismo. [...] Os negros, em geral estúpidos e brancos por natureza e educação, desconhecendo o sentimento de pudor e da castidade e dotados de um temperamento erótico e, conseqüentemente, muito libidinoso, são, nesse estado, lançados no seio de nossas famílias como verdadeiros autômatos de nossa vontade, o nosso factótum, sobretudo os do sexo feminino (Ibidem, p. 122).

Nesse sentido, a análise de Costa nos permite identificar que, na essência da edificação da sociedade capitalista no Brasil, o racismo não se constituiu em um mero “acessório ideológico” que perpassa a ordem capitalista, “acidentalmente colado ao *ethos* burguês”, mas em um elemento formador de uma consciência de classe que tem, na consciência da “superioridade” biológico-social do corpo, um momento indispensável à sua formação.

No caso da mulher negra, fatores de gênero e de raça e etnia estiveram “colados” à organização do lugar social por ela ocupado, no interior das relações sociais desenvolvidas no pós-escravismo⁷, expressando formas de desigualdade no campo de sua saúde reprodutiva.

Não se pode negar que são necessários estudos mais profundos acerca da influência do racismo nas práticas institucionais médicas⁸. Porém,

também não se pode negar que diversos aspectos da saúde reprodutiva da mulher negra (esterilização, aborto, mortalidade materna, entre outros) indicam uma certa particularidade marcada por maiores formas de desigualdade frente às mulheres brancas⁹. Um elemento indicativo de expressão dessa desigualdade pode ser encontrado no depoimento abaixo:

Paciente negra, com idade entre 25 e 30 anos, dá entrada no serviço com queixas de fortes dores no baixo ventre há algumas horas. Encaminhada à sala de exames, onde permanece durante alguns minutos à espera do obstetra de plantão para que este proceda ao exame, manifesta dor intensa contorcendo-se e gritando em alguns momentos (comportamento este que vem a se tornar mais enfático durante o exame, quando o obstetra procede ao toque vaginal).

Reunidos na ante-sala, residentes e demais acadêmicos estagiários ouvem o obstetra comentar sobre a “Síndrome de Hairs-up”, numa evidente referência à paciente na sala ao lado. [Os demais perguntam, sem entender: “Síndrome de quê?”.] Segundo ele, outro colega obstetra teria observado uma série de “sinais e sintomas” próprios das pacientes negras que possuem os cabelos muito crespos e projetados para o alto. “Quando chega uma assim [com essa cor e com esse cabelo], pode esperar que vai dar trabalho”¹⁰..

O caso ocorreu em 2004, no mesmo ano que o Governo Federal lança um *Pacto pela Diminuição da Mortalidade Infantil para o Brasil*, com o compromisso da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Ora, considerando-se que, nesse mesmo contexto, a sociedade contemporânea lida com uma possibilidade de avanços nas tecnologias reprodutivas que permitirá transformações nos padrões de reprodução da espécie humana em dimensões incomensuráveis, qual o elo existente entre racismo e tecnologias reprodutivas? É possível afirmar-se que o avanço no acesso à Biotecnologia para a reprodução humana esteja destituído de racismo, quando se evidencia, no contexto mundial e nacional, uma condição de desigualdade particular sobre o povo negro? Se essa ótica parece mecanicista, tentemos observar sob outro enfoque. Talvez a pergunta seja: é possível afirmar que exista uma forma particular de desigualdade ao se falar em saúde reprodutiva da mulher negra?

Desigualdades na assistência ao pré-natal para mulheres negras: é possível identificá-las nas falas médicas?

A partir de um estudo de caso realizado junto aos médicos da Unidade Ambulatorial de Assistência ao Pré-Natal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), é identificada nas falas desses profissionais uma negação da problemática racial como dimensão da realidade de saúde na assistência ao pré-natal. Diante do foco da pesquisa – assistência ao pré-natal das mulheres negras –, a interpretação de parte dos entrevistados era a de enxergar, na própria pesquisa, uma expressão de racismo, uma vez que não cabe identificar quem é negra, se estamos em uma sociedade miscigenada.

A pesquisa procurou identificar, em um conjunto de questões relacionadas à assistência pré-natal, qual era a classificação étnico-racial das mulheres usuárias e qual a compreensão do significado do preenchimento do quesito *raça-cor* (QC), presente no prontuário e na ficha de atendimento pré-natal.

O perfil étnico-racial... Assim, o perfil étnico-racial do Brasil, em geral, é misturado. Assim, como têm muitas pacientes de nível socioeconômico baixo, então. Você quer saber assim... se tem muita branca, muita negra, etc.? É... Ah, sim, tem mais moreninhas. Com certeza. Até pela formação social do Brasil, em que os escravos foram jogados no meio da rua. Então, de repente, a classe mais pobre tem mais pessoas morenas. Mas tem de tudo lá, de descendente de japonês até... (Méd. A).

Bom, é... a miscigenação é bem prevalente, então, se você me perguntar qual das raças conhecidas é a que menos aparece, eu diria que seria caucasiana, realmente. A maioria é pardo, moreno-claro, moreno-escuro, negro. Então, dificilmente você vê aquela branca mesmo, mas é uma coisa até difícil de se ver no dia-a-dia, mas, lá, a maioria é pardo, vamos dizer (Méd. B).

O perfil étnico-racial dessas mulheres: a mais variada possível. Brasil. Variabilidade (Med. C).

[...] A maioria são morenas, a maioria são morenas (Med. D).

Ainda que o preenchimento do quesito *cor* tenha sido normatizado pelo Ministério da Saúde em 1997, incluído na Declaração de Nascidos Vivos e na

Declaração de Óbitos, continua sendo visto de forma insignificante pela grande maioria dos médicos, como podemos observar nos seguintes depoimentos:

Para falar a verdade, eu nem sempre preencho isso. Depende muito. Em geral, a mistura racial é grande. Geralmente, a gente bota [cor] parda. Eu nunca dei muita importância, não. Se eu estiver fazendo errado, eu não sei. Inclusive têm algumas que se retraem (Méd. A).

– Bom, a cor, especificamente, ela tem seu valor no que concerne àquelas patologias que são mais freqüentes em determinadas raças, então, se é um parâmetro que o auxilia no diagnóstico e na presunção de determinadas patologias, assim como outros critérios, ela deve ser valorizada e devidamente preenchida.

Entrevistador – Você realiza o preenchimento desse critério?

Médico – Sim, perfeitamente.

E – Sempre?

M – Sempre. No pré-natal e aqui também, na triagem do centro obstétrico. Quando também tem um espaço reservado para essa informação (Méd. B).

M – Do quesito?

E – Cor, cor da pele.

M – Não vejo importância, não.

E – Costuma preencher?

M – Eu boto morena, não boto. Boto morena.

E — Sempre, quase, nunca?

M – Eu boto morena ou quase não boto, entendeu? (Méd. C).

Um outro médico entrevistado, quando interrogado, busca ser bem objetivo em seu tom de voz, demonstrando um claro incômodo com a pergunta. Sua resposta é contraditória porque afirma usar o QC para identificar patologias mais freqüentes em “negros”, como pré-eclâmpsia, mas, ao mesmo tempo, dá a entender que o desconsidera quando afirma que só o preenche quando se lembra, o que é difícil fazê-lo. Revela-se contraditório porque afirma ter conhecimento da associação entre certas patologias e a condição étnico-racial. Reconhece que, “no serviço público, boa parte é negra, boa parte é branca”, mas não faz uso mais regularmente do QC.

Méd: O preenchimento do quesito é única e exclusivamente para você, para eu ver quais as patologias mais freqüentes em

negros, como pré-eclâmpsia, por exemplo, para você ficar mais atento, só (Méd. C).

E — Qual a frequência com que realiza o preenchimento?

M — Quando eu lembro, mas dificilmente. Porque, olhando para a paciente, eu já sei se vou precisar ficar mais atento. Não necessariamente se a paciente é negra, mas outras coisas que podem vir junto, [...] alguns achados, mas eu levo em conta as queixas dela, então geralmente eu não preencho. [...] Minha opinião é, em geral, no serviço público, boa parte são negras, boa parte são brancas. O serviço público como um todo é deficiente para todo mundo (Méd. C).

Essas falas são interpretadas pela pesquisadora como uma desvalorização da importância desse registro, tanto em seu aspecto epidemiológico quanto social. Menos como um aparente desconhecimento quanto às condições de saúde da mulher negra, mais como uma marca ideológica racista, manifesta do discurso da neutralidade presente na afirmação da miscigenação. Nesse contexto, o preenchimento do QC surge como algo que não lhes diz respeito. Ao mesmo tempo, revelam-se contraditórios, pois reconhecem que a maioria expressiva de mulheres é “parda”, “moreninha”, enfim...

Apresentam um desconhecimento explícito do conceito de equidade¹¹, ainda que estejam no contexto de uma universidade pública e de um hospital-escola inserido na rede de alta complexidade do SUS. Nesse aspecto, em nenhum momento mencionaram o *Pacto pela Diminuição da Mortalidade Materna*, embora façam menção à Febrasgo como entidade de referência de suas práticas médicas.

Desconhecem as demandas do Movimento Negro e das conferências de saúde quando os julgam como “[...] sem expressão nenhuma. [...] porque, se fazem um movimento desse, estão fazendo um movimento de autodiscriminação de si próprios”.

Quando questionados sobre a existência do racismo no Brasil, os depoimentos são elucidativos:

(Demora) Algumas pessoas são racistas. Outras não. Agora, voltando àquilo que eu te falei, é uma opinião que eu quero deixar, talvez não vá de encontro ao que eu já falei, assim. O que eu acho ruim nas pessoas de cor, ou de outra opção sexual, ou de outra opção religiosa, as que são, como eu posso te dizer,

as que são menos privilegiadas socialmente. Eu acho que essas pessoas é que deviam se mostrar mais, se valorizar mais, e não se valorizar menos. Existem pessoas que, quando conseguem uma ascensão social, alguma ascensão política, alguma ascensão econômica, essas pessoas sim, elas ficam muito direcionadas em relação ao negro, e, como eu te disse, essas pessoas, eu acho que são mais, menos equânimes do que as outras. Eu acho que muito pouca gente é racista, muito pouca gente chega a ser racista em termos de discriminar, de tratar mal uma pessoa pelo fato dela ser negra, pelo fato dela ser homossexual, pelo fato dela ser muçulmana, e por aí vai. Muito pouca gente. Agora, as pessoas negras que têm uma ascensão social, elas se consideram muito mais desfavorecidas do que elas realmente são. Acho que as pessoas que são homossexuais se consideram muito mais desfavorecidas do que elas realmente são. Talvez por uma casca grossa que elas adquiriram para poder chegar lá. Realmente, as oportunidades são diferentes, tá? (Méd. C).

[...] Não vejo essa discriminação. Não sinto. Eu não faço discriminação com ninguém. O Brasil é para todos. O Brasil é nosso. Não vejo discriminação não, eles que estão criando essa discriminação. Abrir as faculdades para tantos negros, então eles são incapazes, não têm inteligência, não? Não, por quê? Todo mundo tem o direito à faculdade. Igual por igual. Não vejo por que fazer essa, essa... Essa questão, isso é que é discriminação, isso aí que é discriminação (Méd. D).

O que o estudo inicial nos indica é que o racismo, esse velho e competente mecanismo ideológico, capaz de transformar diferenças em desigualdades, não cedeu suas armas, mas é negado. E, ao negar-se enquanto fenômeno concreto, afirma-se como elemento dinâmico de expressões de desigualdade que afetam diretamente a saúde reprodutiva das mulheres negras.

Ao negarem que exista uma particularidade a ser observada e objeto de intervenção da ação médica, negando a importância do QC como instrumento epidemiológico, ao mesmo tempo afirmam que existem patologias que acometem mais os negros e que existem “oportunidades diferentes” para brancos e negros. Negam o racismo como elemento condicionante das práticas de saúde, mas o reconhecem no outro quando este tenta sair do lugar de desigualdade em que se encontra, a exemplo de suas percepções sobre o movimento negro.

Reconhecer o quesito *cor* é a afirmação do corpo da mulher negra. Implica afirmá-lo como corpo negro que é tratado desigualmente, não apenas por estar inserido na condição de classe social oprimida – na qual a mulher negra apresenta os mais baixos rendimentos, conforme os depoimentos indicam. Definir ações de saúde, na direção da construção do direito à equidade, com base na diversidade de situações cultural, econômica ou social, incide diretamente no enfrentamento de interesses em jogo na disputa presente na política de saúde. Enfrentar a precariedade da segurança alimentar das mulheres negras, de suas condições de moradia, transporte, trabalho. Todos esses fatores socioeconômicos, presentes nas falas dos médicos, encontram-se articulados à sua condição de gênero, enquanto mulher subordinada à violência sexista, a maiores responsabilidades com os filhos, mas também – e aqui cabe focá-lo – à sua condição étnico-racial. É uma **mulher negra, pobre e em situação de desigualdade de gênero** que, diariamente, compõe a espera pela assistência ao pré-natal. Porém, essa particularidade mantém-se negada em nome de uma prática médica que tende a afirmar princípios científicos para a manutenção de iniquidades.

Racismo e Novas Tecnologias Reprodutivas: qual o elo?

Do que foi analisado, identifica-se que o racismo permanece atuante nas práticas institucionais pela manutenção de um discurso opaco, marcado pela ambigüidade, sob a forma de um discurso que, ao afirmar a participação da mulher negra na sociedade brasileira, o faz como algo negativo, evocando a morenidade como sinal de positividade. Ao atribuírem, à tonalidade da pele, uma importância maior do que as desigualdades evidenciadas em sua saúde reprodutiva, sobretudo quando na condição de gestantes em busca de assistência pré-natal, aparentam constrangimento ao ser entrevistados sobre a existência do racismo como influente nas práticas de saúde. Entretanto, não conseguem escondê-lo.

– Olhe, eu não vejo racismo nesse país de jeito nenhum. Essa história de criar tantas vagas, isso é que é discriminação. Eu tive vários estudantes aqui, morenos, e eles são magníficos. Rapazes inteligentes, sem problema nenhum. Por que criar isso, esse racismo? Não sei. Essa história de racismo no Brasil, tantas vagas, são eles que criam, eles que criam esse racismo.

Ou, então, se acham mutilados pelo racismo, eu não acho.
Agora o que eu vejo é o seguinte... Está ligado o gravador?
– Se [...] *quiser, eu desligo.*
– *Desligue!*

Em um contexto no qual deve ser tratada como igual, sob os princípios constitucionais e do SUS, a mulher negra não é reconhecida como tal, mas evocada de forma negativa, evidenciando a dinamicidade histórica do racismo: “Síndrome de Hairs-up”.

Referências bibliográficas

- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- D’ADESKY, Jacques. *Pluralismo étnico e multiculturalismo: racismos e anti-racismos no Brasil*. Rio de Janeiro: Pallas, 2001.
- DEL PRIORE, Mary. *A mulher na História do Brasil*. São Paulo: Contexto, 1988.
- _____. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*. Edunb. Brasília: José Olympio, 1993.
- CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE. V. *Documento das Instituições de Controle Social para a Reforma de Estado e a Perda do Direito à Saúde*. Recife, nov. 2003.
- FERNANDES, Florestan. *A integração do negro na sociedade de classes*. São Paulo: Dominus, 1965.
- _____. *O negro no mundo dos brancos*. [s.l.:s.n.] 1975.
- FREYRE, Gilberto. *Casa-grande & senzala*. 30. ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.
- GALVÃO, Loren & DÍAZ, Juan. (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.
- GIACOMINI, Sonia. Maria. *Mulher e escrava: uma introdução ao estudo da mulher negra no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1988.
- CONFERÊNCIA ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL, 1. Governo do Estado de Pernambuco. Olinda, 2005.
- IANNI, Octavio. *Marx*. Sociologia. 5. ed. São Paulo: Ática, 1987.
- _____. *Escravidão e Racismo*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1988.
- _____. A dialética escravo e senhor. In: ALMEIDA, L. Sávio de. (Org.). *O negro no Brasil: estudos em homenagem a Clóvis Moura*. Maceió: Edufal, 2003. pp. 15–21.

LEAL, M. do Carmo; GAMA, Silvana G. N. da; CUNHA, Cíntia B. da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. 1999-2001. In: _____. *Saúde Pública*, ISSN 0034-8910, vol. 39, n. 1., fev. 2005. pp. 100–107.

Notas

¹ Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Integrante do Observatório Negro de Pernambuco.

² Ao tratar negros e negras como morenos e morenas, impede-se a visibilidade da real proporção de negros e negras no País — idéia alimentada pelo simulacro da democracia racial, em um país que não tinha nenhum arcabouço político-institucional condizente com formas de democracia.

³ Refiro-me à mulher negra como aquela que, transformada de mulher negra africana em mulher escrava negra e mestiça, na estrutura da sociedade colonial, passa a ser identificada racialmente como preta e parda na dinâmica das relações sociais capitalistas no Brasil, constituindo-a como um sujeito-objeto de uma tríplice articulação entre fatores de dominação de classe, de gênero e étnico-raciais.

⁴ Os estudos de Del Priore identificam que a condição feminina no período colonial esteve marcada pelo caráter exploratório da empresa portuguesa no Brasil, do século XVI ao XVIII, que teve, no modelo escravista de exportação, as bases para fincar as relações de gênero então estabelecidas. Foi sob tais relações econômicas que as relações entre homens e mulheres se configuraram naquele adverso contexto colonial (Ao Sul do Corpo, 1993).

⁵ Na base da negligência para com a maternidade da mulher negra escrava, estava subjacente a existência ou não de uma vida familiar, considerada como algo incompatível com sua condição de escrava (Giacomini, 29–47, 1988).

⁶ Em *Casa-grande e senzala*, Freyre descreve a chegada da sífilis no período colonial como sendo trazida pelos filhos dos proprietários de engenhos que iam estudar na Europa.

⁷ A mulher negra foi transformada, no plano ideológico-cultural brasileiro, em sinônimo de degeneração, nocividade, indolência, marginalidade, indecência, doenças, primitivismo, pacto com o demônio. Esses valores foram sendo sedimentados no pensamento individual e coletivo, inclusive contando com o apoio de determinadas instâncias institucionais, na direção de uma ideologia do branqueamento da sociedade brasileira.

⁸ O conceito de *racismo institucional*, enquanto expressão do “fracasso coletivo de uma organização em oferecer um serviço apropriado e profissional a pessoas devido à sua cor” (Sampaio, 2003, p. 1), contém um significado teórico e operacional que aponta avanços na pesquisa sobre racismo e práticas institucionais.

⁹ Ver *Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil*, de Roland, 1995. Isso se refletirá no campo

da ação política das mulheres negras, fazendo-as aproximarem-se do campo de debate da política de saúde na esfera dos direitos reprodutivos (Araújo, 2005).

¹⁰ Entrevista realizada para o estudo de caso realizado junto aos médicos da Unidade Ambulatorial de Assistência ao Pré-Natal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), pela autora.

¹¹ Sobre o conceito de equidade, afirmam que “equidade é a pessoa ser tratada da mesma maneira por todos, independentemente do diferencial dela com a outra”; “Não me interessa se é rica, se é pobre, se é negra, se é branca. É claro que, às vezes, existem alguns problemas pelo próprio nível cultural da paciente [...] que tem um nível cultural muito baixo, que não entende o que a gente passa. E a gente tem que ter um tratamento diferenciado com essa paciente.”



LESBIANIDAD, MATERNIDAD Y NUEVAS TECNOLOGÍAS REPRODUCTIVAS

9

Alejandra Sardá

Para mi madre, que lo fue soltera, y para la mujer que amo, que comparte su maternidad con otra madre *que gestó (biológicamente) a su hijo*

En primer lugar, quiero aclarar que este texto se concentra en la utilización de las tecnologías reproductivas conceptivas por parte de las lesbianas, las mujeres bisexuales en pareja con otra mujer y otras personas o configuraciones vinculares que no encajan en la definición restrictiva de “parejas heterosexuales”. Cuando se habla aquí de “acceso universal” es para esas tecnologías exclusivamente -no con respecto a la manipulación genética y a la clonación, con respecto a las cuales comparto plenamente el pensamiento de feministas como Alejandra Rotania¹.

Durante demasiado tiempo, las palabras “lesbiana” y “maternidad” funcionaron como excluyentes casi en forma automática. El mito decía que ser lesbiana equivalía a no “poder” ser madre, por distintas razones.

Los sexólogos de comienzos del siglo XX hablaban de “invertidas reales” e “invertidas falsas”. Las primeras constituían un “tercer sexo”, una de cuyas características era la infertilidad (como todo animal híbrido). En algunos aspectos, ellas aparecen como antecesoras de la mujer moderna “egoísta”, que antepone su realización profesional y/o la búsqueda del placer al cumplimiento del deber maternal – y paga por ello el alto costo de la soledad, por supuesto. Solía pintárselas de colores ‘masculinos’: profesionales de traje, deportistas sudorosas o artistas exóticas de cabello muy cortito. Y eran, por supuesto, “irrecuperables”. Las “falsas invertidas”, en cambio, siempre aparecían en tonos pastel: dulces,

sensibles, si trabajaban seguramente eran maestras o secretarias, pero lo más probable es que prefirieran los encantos del hogar. Ellas podían (y debían) ser “rescatadas” – y apelar a su “instinto maternal” era una de las estrategias más promisorias para ese rescate: en muchas narrativas, estas “falsas invertidas” “abdican” de su lesbianismo al no poder resistir el “deseo natural” de la maternidad.

En los años 70, surgió otra narrativa que contraponía “lesbianismo” a “maternidad”: la de las separatistas en la que la lesbiana, como “furia de todas las mujeres concentrada hasta el punto de la explosión” se negaba a producir y reproducir para el patriarcado. “El feminismo es la teoría y el lesbianismo la práctica”, se decía por entonces. El deseo y el amor erótico entre mujeres eran, per se, actos revolucionarios en el patriarcado. La lesbiana-amazona rompía de una vez para siempre con todas las ataduras que todavía subyugaban a sus hermanas heterosexuales que - hundidas en la monogamia, la maternidad y la penetración – podían a lo sumo aspirar a alguna reforma pero a la revolución, jamás.

¿Por qué convoco a estos fantasmas, aparentemente tan alejados del presente, para hablar de algo tan “pos-moderno” como las nuevas, novísimas, tecnologías reproductivas? Porque esos fantasmas no están tan lejos como a veces nos gustaría creer y porque, con los matices del caso, todavía funcionan como figuras tutelares de las imágenes que la idea de “lesbianas y maternidad” genera, en las feministas, en otros actores sociales, y en las lesbianas mismas. De los varios debates en curso sobre este tema, voy a elegir apenas dos que me interesa exponer, discutir y compartir con ustedes. El primero tiene que ver con la cuestión de la “naturaleza”, y con el uso de las tecnologías reproductivas como una “violación” de ella (particularmente si quienes las usan son las lesbianas). Y el segundo con el carácter de la maternidad lésbica ayudada por las tecnologías que para alguna/os constituye una revolución en el concepto tradicional de familia y para otra/os, la victoria del patriarcado sobre las Amazonas. En las conclusiones, quisiera mencionar algunos de los elementos que considero tienen que estar presentes en una agenda feminista sobre lesbianas y tecnologías reproductivas.

Antes de comenzar quiero señalar que voy a hablar sólo de lesbianas en esta presentación, pero para quienes trabajamos en el campo de los derechos sexuales el tema de los derechos reproductivos y de las nuevas tecnologías

reproductivas en particular, atañe también a otros actores, de manera muy especial a las personas transgénero e intersex. Independientemente de su identidad, expresión de género y preferencia sexual, todas aquellas personas que tengan útero y/u ovarios que produzcan óvulos pueden utilizar las TRA tal como las utilizan aquellas a quienes tradicionalmente llamamos “mujeres”. Y algunas de las situaciones que voy a mencionar a continuación pueden también aplicárseles.

La cuestión de la naturaleza

Durante el debate acerca de la ley que podría permitir o impedir el acceso de las mujeres solteras (lesbianas, bisexuales o heterosexuales) a la fertilización asistida en los hospitales públicos en Australia (debate que aún no se ha resuelto), el ministro de salud Michael Wooldridge diferenció a las mujeres que “padecían” “infertilidad médica” de aquellas cuyo problema era la “infertilidad social”. En su opinión (compartida inclusive por la iglesia católica y sus grupos de activismo), las primeras se merecían que se gastaran fondos públicos para “ayudar a la naturaleza” a hacer su trabajo. En el caso de las segundas, Mr. Wooldridge fue brutal: afirmó que la “reproducción asistida para las lesbianas podía compararse con un procedimiento artificial, como por ejemplo una cirugía estética que alguien se haga para mejorar su apariencia física”². La iglesia afirmó que “La naturaleza discrimina. No produce bebés en las uniones entre personas del mismo sexo. Que la sociedad reproduzca en la legislación un patrón que ocurre naturalmente, por discriminación de la propia naturaleza, no es discriminatorio”³.

Del otro lado del espectro político, algunas feministas “radicales” acompañan estos razonamientos, equiparando “mujer” a “naturaleza” y reaccionando horrorizadas ante cualquier “manipulación” de ambas: “A los ojos del patriarcado capitalista, las semillas y los cuerpos de las mujeres, fuente de energía regenerativa, son una de las últimas colonias”⁴.

Para responder a estos argumentos “naturales” se han utilizado diversas estrategias. Una muy interesante es la que recurre a la conducta de nuestras compañeras no humanas para señalar que las conductas homosexuales se han registrado en por lo menos 450 especies sólo de mamíferos y aves. En muchas de esas especies se ha observado la formación de parejas del mismo sexo y el cuidado de crías (adoptivas)⁵.

Otra estrategia es la de cuestionar la idea misma de “naturaleza”, como lo hace por ejemplo Marta Lamas cuando afirma que “Lo ‘natural’ respecto a la conducta humana no existe, a menos que se le otorgue el sentido de que todo lo que existe, todo lo humano, es natural. Con el término ‘natural’ se estigmatizan ciertas prácticas y se propone la ‘normalización’ de los sujetos y, en algunos casos, su represión ... Es un hecho que las personas toman por ‘natural’ un sistema de reglamentaciones, prohibiciones y opresiones que han sido marcadas y sancionadas por el orden simbólico. Sin embargo, el orden simbólico no es inamovible, y se ha ido transformando”.⁶

Asumir que vivimos en un mundo construido y modificado por los seres humanos, y que no hay regreso posible a un supuesto paraíso “natural” que nunca existió, no implica abdicar de toda ética frente a la forma como interactuamos con nuestros cuerpos y con todo lo que el planeta contiene. Por el contrario, implica asumir que, como creadoras y recreadoras de nuestro universo tenemos la responsabilidad de construir esa ética, aquí y ahora. No toda creación humana es útil, menos aún indispensable – pero ese es un debate distinto, más profundo y más realista, que el que se da en torno a la falsa dicotomía “naturaleza (buena, femenina) versus cultura (mala, masculina)”. También es falso que las únicas opciones posibles en nuestra relación con la naturaleza sean la dominación o la esclavitud. Hay otras opciones (más interesantes) en las que nadie domina y nadie es dominada: el diálogo, la transformación y recreación mutuas, la danza, el placer.

No es “natural” que una pareja de lesbianas recurra a la fertilización asistida, como tampoco lo es que usemos zapatos, que hablemos por teléfono o que nos desplacemos en avión. Podemos discutir el monopolio de las empresas telefónicas y podemos luchar por la democratización del acceso a los medios de comunicación, e incluso generar medios alternativos, pero difícilmente alguien se atreverá a sugerir que debemos abandonar la poco natural costumbre de comunicarnos con personas que estén más allá del alcance de nuestra voz. En el mismo sentido, podemos (y debemos) discutir el rol de las empresas médicas en las nuevas tecnologías reproductivas, pensar formas de democratizar el acceso a ellas, pero no podemos continuar pensando que el coito entre un pene y una vagina es el único medio aceptable de reproducción humana, porque la “naturaleza” así lo decreta.

Por otro lado, los productos de los experimentos de manipulación genética como el conejo fosforescente o el ratón al que se le ha insertado una oreja humana, despiertan un horror que debería hacer reflexionar a muchas personas – feministas incluidas – sobre otras formas de explotación de los seres no humanos que se encuentran naturalizadas. Esos horrores no son más que la aplicación de las tecnologías más “avanzadas” a una idea que es fundamento de la civilización occidental y de la moral judeo-cristiana: la de que el ser humano, creado “a imagen y semejanza de Dios” es “el señor de la Creación” y todo lo no humano existe para su disfrute. Los animales, las plantas, el agua y las piedras existen para ser alimento, lucro o diversión humanas – todo lo que no puede encuadrarse en esa categoría, se destruye. Esa idea – que salvo por las ecofeministas no ha sido nunca seriamente criticada por las otras corrientes del movimiento- instala la falsa dicotomía naturaleza-cultura, oponiendo al ser humano con el resto del cosmos. El mismo horror que despiertan los productos de la manipulación genética deberían despertarlo los pollos criados en condiciones de tortura para consumo humano, los pinos que en el hemisferio Norte se plantan exclusivamente para servir de árboles de navidad y luego ser dejados en la calle, raíces al aire, como si fueran basura.

Muchas de las culturas originarias de nuestro continente tienen una visión más integral, en las que no hay una línea de separación entre lo humano y lo no humano, que implica el respeto y el cuidado por todo lo viviente. Esas visiones no tienen por qué ser estáticas sino que más bien reflejan una unidad naturaleza-cultura en la que los productos del ingenio humano (como los del ingenio animal y vegetal) se integran al todo, enriqueciéndolo y no destruyéndolo.

Retomando las posturas “naturalistas” de algunas corrientes feministas, en ellas también me parece preocupante el rol de víctimas explotadas que se nos asigna, una vez más, a las mujeres. Ni aun en las circunstancias más extremas (por ejemplo, en los campos de concentración) las víctimas son pasivas. Cuando se busca hacer efectivo el ejercicio de los derechos, democratizar el acceso a bienes y servicios materiales y simbólicos, y se ignora la resistencia, la capacidad de negociar con el entorno y transformarlo, de tomar decisiones sobre la propia vida (aun cuando el margen para hacerlo sea mínimo) se está partiendo de una base falsa y también se está faltando seriamente el respeto a las personas a quienes se pretende defender.

La cuestión del asimilacionismo y/o la revolución

En este segundo debate, deberemos decirles adiós a los representantes del Estado y de la iglesia, ya que se ha dado principalmente al interior del movimiento feminista y de los movimientos de lesbianas y gays.

Algunas feministas, de todas las preferencias sexuales, apoyan entusiastamente el acceso de las lesbianas a las técnicas de fertilización asistida porque consideran que a) refuerza la idea de que el vínculo entre sexualidad y reproducción no es inevitable, lo que resulta liberador para todas las mujeres y b) la utilización de estas técnicas permite crear una variedad de configuraciones familiares, que haría “explotar” la noción de familia nuclear tradicional – pareja sexual formada por dos personas adultas de sexos diferentes y su cría.

Desde los movimientos de lesbianas (y a veces, también de gays), hay quienes comparten esas afirmaciones. Pero también hay quienes afirman que el hecho de que, cuando las leyes y el clima social lo permiten, las lesbianas y los gays opten por el matrimonio, la monogamia y la reproducción demuestra que era cierto aquel argumento tan utilizado en los primeros años de las luchas antidiscriminatorias: “somos iguales a las/os heterosexuales, lo único que nos diferencia es el género de las personas que amamos”. Para algunas/os esa “identidad” es una razón que justifica la integración social y la no discriminación. Para otras/os, implica el abandono de los ideales de “liberación sexual” postulados por (algunos sectores de) los movimientos gays y lésbicos en los años 70 y 80, y la cooptación de la “diversidad sexual” por el patriarcado y, en última instancia, por el mercado.

Creo que de ambos lados hay algunas idealizaciones peligrosas, que me gustaría analizar aquí. Aquella idea según la cual hay algo de “intrínsecamente revolucionario” en el lesbianismo, o que debería haberlo, subyace a las ilusiones tanto de quienes apoyan a las “familias alternativas” como de quienes las rechazan por “cooptadas”. Coincido con Griggers cuando dice que “los cuerpos lesbianos no son los espacios de cultura esencialmente contrahegemónica sobre los que tanto nos gusta teorizar. Puede ser que la lesbiana no sea una mujer, como afirmaba Wittig, pero aún no así no está completamente por fuera de la cultura hetero. Las lesbianas están adentro y afuera, son minoría y son mayoría, al mismo tiempo”⁷.

Quisiera pensar las familias lésbicas en esta dinámica de un adentro y un afuera simultáneos, en ese proceso de permanente transformación del orden simbólico del que habla Lamas.

El primer elemento claro de “distancia” entre la familia lésbica y la tradicional es que la pareja adulta que mantiene un vínculo sexual está formada por dos personas del mismo sexo. Otros elementos pueden no ser tan diferentes:

- La presencia de una pareja adulta, en relación sexual y monogámica;
- El hecho de que si la pareja recurrió a las TRA, puede suceder que ambas partes tengan un vínculo biológico con la cría (en el caso de las lesbianas, si una mujer aportó el óvulo y la otra el útero; en el caso de la pareja hetero, si la mujer fue inseminada con semen del marido) o que una sola lo tenga (una lesbiana o una mujer hetero inseminadas con semen de donante).

El segundo elemento de “distancia” es la situación legal de ambas familias. En aquellos países donde los matrimonios entre personas del mismo sexo están reconocidos por la ley (Países Bajos, Bélgica, Canadá, España, a fin de año también Sudáfrica) y en aquellos en los que las madres que comparten su maternidad con las madres que gestan (biológicamente) al/lo/la hija/o pueden adoptarla/o como segundas madres (Alemania, Francia, Noruega, Islandia, Dinamarca y Nueva Zelanda) no hay ninguna diferencia entre ellas. Pero en la mayoría del mundo, las parejas de lesbianas que utilizan la TRA para gestar hijas/os carecen de toda protección legal en tanto familia.

Otras configuraciones familiares se apartan todavía más del modelo de familia nuclear. En el caso de las lesbianas, esto incluye a quienes incorporan a una pareja gay (que puede tener un vínculo biológico con las/los hijas/os o no) como padres; a ex-parejas o a amigas como “terceras” o “cuartas” madres; a quienes crían a sus hijas/os en el marco de parejas abiertas, o de tríadas – por nombrar sólo algunas. Pero también en las familias heterosexuales encontramos una variedad semejante. Como dice Sandell, “Necesitamos recordar que invocar a ‘la familia’ ya es invocar un mito... No se trata de que la familia tradicional esté en declinación en la actualidad dado que, en muchos sentidos, nunca existió siquiera... De ninguna manera son las personas queer las primeras en crear diferentes

clases de familias y en deconstruir los patrones de parentesco para crear comunidades”⁸.

En el mismo sentido, la presencia de dos mujeres como “cabeza” de familia no implica automáticamente que las relaciones familiares serán más democráticas que aquellas que imperan en familias en las que haya hombres y mujeres. Las familias lésbicas no están exentas de violencia, manipulación o abusos de poder, en el mismo sentido en que las familias heterosexuales no están condenadas a ello. Tampoco son las familias lésbicas, per se, reproductoras de valores no patriarcales. Muy por el contrario, como sucede también en otros grupos marginados (por clase, etnia, nacionalidad, idioma, etc.) a veces opera en ellas un proceso de “compensación” que hace que en estas familias se refuercen algunos valores patriarcales en un intento de hacer olvidar aquellos otros que resulta imposible “no traicionar”.

Que el mercado gay (y en menor medida, lésbico) está muy activo en todas las partes del mundo donde la situación económica lo permite, es un hecho. Que hay lesbianas que votan a Bush, gays que marchan contra el aborto, transexuales que sueñan con casarse de blanco, bisexuales sentados en el directorio de la Enron, mujeres torturadoras, afrodescendientes culpables de delitos ecológicos y jefes de naciones indígenas nada democráticos, también. Sí, a veces los sujetos concretos de las luchas sociales no encarnan a la perfección los ideales de ruptura que algunas defendemos. Las lesbianas (y otras/os) no siempre están dispuestas a hacer la revolución por nosotras – a veces son conservadoras, consumistas, racistas, cómodas, y hasta desagradables. Eso no implica que, como feministas, dejemos de luchar por la justicia social, económica, racial y erótica para todas las personas. Y que, al mismo tiempo, denunciemos y enfrentemos la doble moral, el racismo, la codicia y la explotación, aun cuando se den en grupos minoritarios o marginados.

Es cierto lo que señala Didier Eribbon en cuanto a que “Casi todo el mundo está dispuesto a conceder que (los homosexuales) existen, a condición de que permanezcan acordonados en su *subversión* o en sus espacios reservados y no exijan igualdad de derechos, sobre todo el derecho a la familia”⁹ – y que, en ese sentido, la demanda de matrimonio y mater/paternidad es transgresora e incómoda para algunos sectores de la sociedad, especialmente los más conservadores. Pero en otros sectores

resulta tranquilizador encontrarse con imágenes de la diversidad que en mucho se asemejan a la norma (y así pierden su carácter amenazador, se “rescatan”), y esta similitud opera también como reforzamiento de la norma en cuanto a su carácter de única posible –particularmente en un momento en que el mito de la familia nuclear resulta difícil de sostener.

Conclusiones

En la primera parte, quisiera exponer los elementos que me parece que deberían estar presentes en la agenda feminista sobre TRA, en relación a las lesbianas:

Como dice Butler¹⁰, el tema de las políticas de acceso es fundamental. En la actualidad, en América Latina (con la excepción de Costa Rica, donde está prohibido por ley el acceso de las mujeres solteras a las TRA) no existe regulación al respecto. Por supuesto que la no regulación es preferible a la prohibición (en este tema, al menos), pero como propuesta política no me parece sólida. La “no regulación” por parte del Estado y de la sociedad civil, es en la práctica regulación por parte del mercado. Defiendo el acceso universal a las TRA para las mujeres (y los hombres, y las personas trans e intersex) como parte del derecho a la atención a la salud y del derecho a la libertad reproductiva (Luna, 2005)¹¹, sin discriminación alguna, particularmente por estado civil, condición económica, etnia, preferencia sexual, identidad y expresión de género.

El acceso universal a las TRA debe incluir también información accesible y exhaustiva sobre los métodos disponibles, su efectividad y sus posibles efectos colaterales –incluyendo la utilización de la “inseminación casera”. Con respecto a esta última, se trata de un método muy sencillo, que permite actuar con (cierta) prescindencia del sistema médico. Pero, por supuesto, al difundirla hay que señalar que es importante que el semen que se utilice haya sido previamente testeado para que la mujer que se insemine no corra riesgo de contagiarse alguna enfermedad de transmisión sexual.

¿Por qué no promover exclusivamente la utilización de métodos “naturales y caseros”, como la auto-inseminación? Porque cada vez que, en cualquier país que sea, se comienza a discutir la regulación del acceso a las TRA, los discursos que se escuchan enfatizan los modelos de familia más tradicionales, y hacen explícita la exclusión de las mujeres solteras,

las parejas de lesbianas y cualquier otra configuración vincular que no sea la pareja heterosexual, con el argumento de su incapacidad moral para la maternidad. Como activistas, no podemos dejar el espacio público a las voces conservadoras y al “pensamiento único” en materia de modelos de familia. El acceso a las TRA es una vía más por la que podemos difundir la idea de la diversidad de identidades de género y sexuales, así como de modos de relación entre las personas, como un valor, como una riqueza de las sociedades, un bien común.¹²

Si vamos a defender seriamente modelos de familia distintos a la familia nuclear, es imprescindible que tengamos como prioridad adaptar los sistemas legales a esa diversidad. Para ello, es necesario sustituir las definiciones “estructurales” de familia, por definiciones “funcionales” como la que planteó el Departamento de Bienestar Social sudafricano en su Documento Blanco (1996): “Personas que ya sea por contrato o por acuerdo eligen vivir juntas de manera íntima y funcionar como una unidad en el sistema social y económico. La familia es la unidad social fundamental que, en términos ideales, proporciona a sus miembros cuidado y socialización. Busca brindarles seguridad física, económica, emocional, social, cultural y espiritual”.¹³ En el caso concreto de las familias lésbicas que han recurrido a las TRA, este enfoque más plástico de la familia permitirá solucionar la situación de desigualdad en la que se encuentran hoy las madres que comparten su maternidad con las madres que gestan (biológicamente) al/la/lo hijas/os. Estas madres carecen de todo derecho legal frente a sus hijas/os y dependen de la buena voluntad de las madres que gestan (biológicamente) y/o de las familias de origen de ellas –situación que puede dar lugar a toda clase de abusos y extorsiones. Probablemente ustedes recuerden a Maria Eugênia Vieira Martins, la compañera de la cantante Cássia Eller. Apenas fallecida Cássia, Maria Eugênia tuvo que luchar en los tribunales por la custodia de Francisco, el hijo que habían criado juntas. El caso tuvo un final feliz, y la justicia brasileña reconoció el vínculo entre Francisco y su madre. Pero, como feministas, tendría que ser una de nuestras prioridades que nunca más una mujer deba pasar por una situación así.

Hay un último punto que me parece importante destacar. El feminismo ha sido y es, en sus mejores momentos, un movimiento de transformación y cuestionamiento de los supuestos sociales. En esta línea, hay dos contribuciones que me gustaría que hiciéramos.

La primera tiene que ver con las formas de familia que quedan invisibilizadas, cada vez más, por el acento puesto casi con exclusividad en las familias formadas utilizando las TRA, especialmente las “familias sociales” que las lesbianas, los gays, las personas trans y muchos otros grupos sociales han creado y continúan creando, y que no se parecen en nada al modelo nuclear de “pareja erótica + hijas/os”. Mientras luchamos por el derecho de todas las personas a ejercer su libertad reproductiva, no podemos abandonar la tarea de hacer visibles todos los otros modelos de familia –y también de procurar protección legal para ellos.

El segundo punto tiene que ver con algunos supuestos que, como feministas, hace mucho tiempo no cuestionamos. Por ejemplo, la maternidad. Pese a todos los cambios sociales que se han producido en este último siglo, la maternidad sigue siendo el “destino manifiesto” de las mujeres. Las que hemos elegido no ser madres todavía tenemos que explicar por qué lo hicimos – cuando nos dan la oportunidad de hacerlo, porque por lo general se supone que “no pudimos” y quienes nos quieren bien evitar tocar el tema para no “lastimarnos”. Es imposible pensar la maternidad como elección y como placer, si no pensamos también la no maternidad como elección y como placer. Si no creamos espacios para que se escuchen las voces de las mujeres que no son madres, y para pensar que hay otras formas de relacionarse con las generaciones más jóvenes, con la reproducción social y con la creación, que no son maternales ni quieren serlo. Y que la procreación no es la única forma de consolidar una familia o un vínculo amoroso, hetero o lésbico. Abrir esos espacios es una tarea que el feminismo abandonó hace rato y que quisiera que retomáramos.

Anexo I

Situación legal del acceso de las lesbianas a las TRA

En Bélgica, Canadá, Dinamarca, Eslovaquia, España, Estonia, EEUU, Finlandia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Malta, Montenegro, Nueva Zelanda, Países Bajos, Reino Unido, Rumania, Rusia, Serbia, Sudáfrica y Suecia la ley permite que las mujeres legalmente solteras accedan a las TRA.

En Arabia Saudita, Austria, Bangladesh, Bulgaria, China, Corea del Sur, Costa Rica, Egipto, Eslovenia, Francia, Hong Kong, Hungría, Irán, Islandia, Italia, Japón, Jordania, Letonia, Lituania, Marruecos, Noruega, Polonia,

Portugal, República Checa, Singapur, Suiza, Taiwán, Túnez y Turquía la ley prohíbe el acceso de las mujeres legalmente solteras a las TRA.

Anexo 2

Un paseo (incompleto) por la complejidad de los cuerpos y las reproducciones

No todas las personas que tienen útero y ovarios se definen a sí mismas como mujeres – y no todas las personas que se definen a sí mismas como mujeres tienen útero y ovarios. La relación entre la forma en que las personas se definen a sí mismas en cuanto a su género (identidad de género), el equipamiento reproductor con el que cuentan y su preferencia sexual, no es lineal ni simple, ni previsible. A continuación se exponen algunos ejemplos de personas que pueden recurrir a las TRA para ser madres (y padres) y que no son lo que tradicionalmente consideraríamos “lesbianas”, pero a las que les afectan cuestiones como el estigma, el vacío legal y otras tratadas en esta presentación.

La finalidad de estos ejemplos – que pueden resultar confusos en primera instancia, pero que se merecen una lectura cuidadosa- es romper el equivalente de hierro que parece existir entre nociones como “madre” – “mujer” – “gestante” – “paridora” y “padre” – “hombre” – “inseminador”. Pensando en la noción de acceso universal a las TRA desarrollada en la presentación, estos ejemplos intentan fortalecer la idea de la universalidad como principio, más que la defensa de intereses particulares de sector. Por ejemplo: luchar por el acceso de “las mujeres solteras” a las TRA es insuficiente, porque hacerlo implica crear inmediatamente uno o varios grupos a quienes ese acceso les seguirá estando vedado (por ejemplo, las personas trans de las que se trata en los ejemplos a seguir).

Las situaciones que definimos a continuación no son producto de nuestra perversa imaginación: en algunos países del mundo hay personas que son madres y padres en el marco de configuraciones familiares como las de los ejemplos. Y hay niñas/os que disfrutan con ellas/os de los ingredientes más importantes de la vida familiar, que (por suerte) no dependen de las identidades ni de los equipamientos biológicos: el amor y la confianza.

Caso 1

Luis se define a sí mismo como un hombre trans. Al nacer, fue asignado al género femenino, ya que tenía útero, ovarios y vagina, pero la

identificación que él ha elegido para sí mismo (su “identidad de género”) es masculina. Luis toma hormonas y se ha hecho una mastectomía, pero conserva intactos su útero, sus ovarios y su vagina.

La preferencia sexual de Luis es heterosexual. Su compañera se llama Elena, tiene como identidad de género “mujer” y al nacer fue asignada al género femenino, ya que cuenta con útero, ovarios y vagina.

Luis y Elena quieren gestar, parir y criar hijas/os. Tienen varias opciones disponibles, utilizando las TRA:

- Si Luis interrumpe la ingesta de hormonas por algunos meses, sus ovarios volverán a producir óvulos. Él puede recurrir al semen de un donante, gestar y parir a su hija/o.
- Puede ser Elena quien, con el óvulo de Luis y el semen de un donante, geste y para a la criatura.
- Elena puede recurrir al semen de un donante, que fertilice un óvulo suyo. Ese óvulo puede serle transplantado a Luis, quien gestará y parirá a la criatura.
- Elena puede ser inseminada con semen de un donante, gestar y parir a la criatura.

Dadas las identidades de género de la pareja, Luis será el padre de la criatura y Elena será la madre, independientemente de los roles que hayan cumplido en su gestación. Así, por ejemplo, si la pareja opta por la opción a, será el padre quien geste y para a su hijo.

Caso 2

Santiago también es un hombre trans, asignado al género femenino al nacer, ya que contaba con vagina, útero y ovarios. Santiago toma hormonas regularmente, conserva sus mamas, su vagina, su útero y sus ovarios.

La preferencia sexual de Santiago es heterosexual. Su compañera se llama Tamara y es travesti. Tamara toma hormonas regularmente y tiene implantes de siliconas en varias partes del cuerpo, conserva su pene y sus testículos.

Santiago y Tamara quieren ser padre/madre. Sus opciones son las siguientes:

- Si no desean utilizar las TRA, ambos pueden suspender la ingesta de hormonas por algunos meses y practicar luego el coito vaginal sin protección. Santiago – el padre – gestará

y parirá la criatura concebida con el semen aportado por Tamara – la madre.

- Si Santiago no quiere gestar ni parir, Tamara puede suspender su ingesta de hormonas, y recurrir a las TRA para inseminar a una amiga o amigo que cuente con un útero y que esté dispuesta/ o a colaborar con la pareja como madre gestante-paridora. Santiago será el padre social y Tamara la madre inseminadora y social de la criatura.

- Si Tamara no quiere inseminar, Santiago puede suspender su ingesta de hormonas, recurrir al semen de un donante, gestar y parir a la criatura. Tamara será entonces la madre social y Santiago el padre gestante-paridor y social de la criatura.

Caso 3

Andrés es otro hombre trans. Al nacer fue asignado al género femenino, porque contaba con vagina, útero y ovarios. Toma hormonas regularmente y hace años se practicó una mastectomía y luego una histerectomía.

Su preferencia sexual es homosexual. Su compañero es Tomás, otro hombre trans. Tomás también se inyecta hormonas regularmente, pero no se ha sometido a operación alguna, por lo que conserva sus mamas, útero, ovarios y vagina.

Andrés y Tomás quieren ser padres. Algunas de sus opciones son las siguientes:

- Tomás puede suspender la ingesta de hormonas por algún tiempo, concebir con semen de un donante, gestar y parir a la criatura. Tomás será así el padre gestante-paridor y social, y Andrés el padre que comparte su paternidad con el padre gestante.

- Si Tomás no desea gestar ni parir, puede de todos modos suspender la ingesta de hormonas por un tiempo e implantar un óvulo suyo a una amiga o amigo que cuente con útero y que quiera involucrarse como madre o padre gestante-paridor/ a, con semen de un donante. La criatura tendrá así un padre de concepción y social (Tomás) y un padre social (Andrés). Si la persona que gestó y parió así lo desea, la criatura puede tener también una madre o padre gestante-paridor/a y social. Y si la

persona que aportó el semen así lo quisiera, la criatura puede tener además un padre o madre de concepción y social.

Caso 4

Ulises es un hombre trans. El también fue asignado al género femenino al nacer, por contar con vagina, útero y ovarios. Toma hormonas regularmente, se ha practicado una mastectomía y está pensando practicarse una histerectomía el año próximo.

La preferencia sexual de Ulises es homosexual. Su compañero se llama Oscar y su identidad de género es la de hombre, que al nacer fue asignado al género masculino por contar con testículos y pene.

Ulises y Oscar quieren ser padres. Algunas de sus opciones son las siguientes:

- Si deciden ser padres antes de que Ulises se someta a la histerectomía, el proceso es similar al que ya describimos para Santiago y Tamara. Ulises será el padre gestante-paridor, y ambos serán padres de concepción.
- También pueden decidir que, antes de la operación, Ulises suspenderá por unos meses su tratamiento hormonal, producirá óvulos, y esos óvulos se congelarán. Más tarde esos óvulos pueden serle implantados a una persona que tenga útero, que funcione como madre o padre gestante-paridor/a y que sea inseminada con semen de Oscar. En este caso, Ulises y Oscar serán padres de concepción y sociales. La criatura podrá tener también una madre o padre gestante-paridor/a y social, si la persona que aportó el útero así lo desea.
- Ulises puede optar por no gestar ni parir. En ese caso, Oscar proveerá el semen para inseminar a una persona que tenga útero y ovarios y que actúe como madre o padre de concepción-gestador/a-paridor/a. Ulises será el padre que compartirá su paternidad con el padre de concepción (Oscar), y (si la persona así lo desea) también con la madre o padre de concepción-gestador/a-paridor/a.
- A la situación anterior podría agregársele un nuevo padre-madre si la persona que aportara el óvulo y la persona que gestara-pariera fueran diferentes.

Notas

¹ Agradezco a Alejandra Rotania el señalamiento sobre la necesidad de esta aclaración.

² Deb Dempsey, *Active Fathers, Natural Families and Children's Origins: Dominant Themes in the Australian Political Debate over Eligibility for Assisted Reproductive Technology*. Australian Journal of Emerging Technologies and Society Vol. 4, No. 1, 2006, pp: 28-44. (No puedo dejar de señalar que la comparación con la “cirugía estética” y la connotación de “frivolidad” se presenta también a veces como respuesta a los reclamos de las personas trans que solicitan modificaciones corporales, genitales o no).

³ Dempsey, op.cit

⁴ Claudia von Welhof, citada en Miriam Libertad, “De Moisés, Malthus y la biotecnología: Una misma expresión brutal de patriarcado”.

⁵ Bruce Bagemihl, *Biological Exuberance. Animal Homosexuality and Natural Diversity*. (New York: Stonewall Inn, 1999)

⁶ Marta Lamas, “Orientación sexual, familia y democracia”.

⁷ Cathy Griggers, *Lesbian Bodies in the Age of (Post)Mechanical Reproduction*. Carnegie Mellon University, *Postmodern Culture* v.2 n.3 (May, 1992)

⁸ Jill Sandells, *The Cultural Necessity of Queer Families*, *Bad Subjects*, Issue #12, March 1994

⁹ Didier Eribon, “Reflexiones sobre la cuestión gay” (Anagrama 2001). Citado en Claudia Hinojosa y Alejandro Brito, *Voyeurismo alrededor de Sodoma*, Nexos

¹⁰ Judith Butler, *Desire as Philosophy* (2001)

¹¹ Florencia Luna, “Assisted reproductive technology in Latin America: Some ethical and sociocultural issues” (2005)

¹² Agradezco a Roxana Vásquez la reflexión sobre este punto.

¹³ Government Gazette No. 16493, 2 de febrero de 1996; citado por National Coalition for Gay and Lesbian Equality, “Project 110: The Review of the Child Care Act: Comment on the Parent-Child Relationship”, 20 de abril de 1999.



MATERNIDADE LÉSBICA 10

E NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS: UM RELATO SOBRE CASOS CANADENSES¹

Érica Renata de Souza²

Parte da minha pesquisa de doutorado sobre maternidade lésbica foi conduzida na região metropolitana de Toronto e em cidades vizinhas, no Canadá, de abril a outubro de 2002. Neste campo, tive contato com famílias lésbicas planejadas, tendo conhecido apenas uma família lésbica recomposta, cuja filha foi concebida por Inseminação Artificial numa relação lésbica anterior e planejada.

Todas as informantes e o único informante falaram sobre a configuração familiar atual, a relação com a família extensa, a descoberta da homossexualidade, as relações anteriores, o processo de inseminação, etc. Foram gravadas entrevistas com a maioria dos *parents*³ envolvidos nos casos, a partir de um roteiro padrão, “adaptado” de acordo com cada caso. Obtive informações prévias fornecidas em contatos anteriores por *e-mail*, além da observação e da interação com os informantes em situações informais diversas. Quase todas as informantes e o informante são brancos (com apenas uma exceção) e pertencentes à classe média. Essa seleção não foi intencional, mas talvez consequência do fato de ter iniciado o primeiro contato (que levou à rede) através do meio acadêmico canadense.

Segundo a pesquisadora canadense Rachel Epstein (1996), as famílias lésbicas estão na fronteira do conceito hegemônico de família, uma vez que as mães lésbicas lutam pelo controle da sua reprodução através de métodos de concepção alternativos, educam seus filhos fora de relações (sejam econômicas, sociais ou sexuais) com homens, e sim com alguém que não tem nenhum laço biológico com eles, não reproduzem a genealogia paterna nem a herança de propriedades ou nomes por parte dos homens.

Além disso, a autora acrescenta que essas mulheres vêm tentando, ao longo das últimas décadas, lutar contra o modelo da família nuclear através de diversas estratégias: vivendo em comunidade, cuidando dos filhos de outras lésbicas, apoiando ou vivenciando relações não-monogâmicas⁴.

Diante do quadro descrito acima, a maternidade lésbica poderia soar como potencialmente transgressora, mas a própria autora sugere que as lésbicas cresceram numa cultura (heterossexual) que, ao mesmo tempo, idealiza e desvaloriza a maternidade como realização pessoal e destino natural da mulher. Dessa forma, as mulheres lésbicas não estariam imunes à **cultura da maternidade compulsória**, utilizando o termo de Adrienne Rich (1980)⁵.

Nos casos que analisei no Canadá, as mães lésbicas não se envolviam em atitudes políticas contra o conceito hegemônico de família, tais como as identificadas por Epstein (op. cit.): a participação na educação dos filhos de outras lésbicas ou a resistência ao imperativo da monogamia. Os casos que examinei revelam seu perfil através da opção pela reprodução por métodos alternativos de concepção, pela exclusão da participação masculina na maioria dos casos e por exercer a co-parentalidade com uma parceira que não tem vínculo biológico com a criança. No entanto, esses diferenciais são rearranjados num modelo muito específico e muito semelhante ao da família nuclear heterossexual, no qual o conceito de família é valorizado e a segmentação do núcleo doméstico também.

Nos casos que pesquisei, as duas mães viviam numa casa com seus filhos, permitindo pouca ou nenhuma intervenção das famílias de origem ou mesmo de outras lésbicas. O contato com outras famílias lésbicas geralmente se dava no nível da sociabilidade pública, em eventos, piqueniques programados, etc. Não havia uma convivência mais íntima com outras famílias lésbicas no âmbito doméstico nem laços fortes criados fora do lar. A ênfase é na relação de co-parentalidade com os filhos. Apenas em um dos casos, há a participação mais intensa de uma outra pessoa, no caso, o pai *gay* que doou o esperma. Ainda assim, essa participação era submetida a regras muito bem delimitadas, como veremos.

Gabb (1999) apresenta um questionamento interessante. Segundo ela, no esforço de buscar uma linguagem apropriada para legitimar suas famílias, alguns homossexuais descrevem suas relações familiares como “alternativas”, e outros, como “normais”, “exatamente como qualquer

outra família”. Segundo ela, ambas as posições reforçam a família como instituição imperativa, biológica e procriativa. Em ambos os casos, a família tradicional heterossexual é tomada por referência “natural”. Nos casos que pesquisei, sem dúvida alguma, as mães lésbicas consideravam suas famílias “normais, tanto quanto uma família heterossexual”. É explícita a intenção de se adequar a um modelo que é considerado o “normal”, bem como o desejo das mães não-biológicas de alcançarem o *status* de “mãe”.

O maior fator diferencial é que os casos canadenses analisados na pesquisa utilizaram-se das Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR). Tive um contato mais íntimo e duradouro, incluindo a oportunidade de realizar entrevistas gravadas, com apenas três famílias. Entretanto, durante toda a minha estadia no Canadá, tive outros tipos de contato, efêmeros e informais, com inúmeras famílias lésbicas que confirmavam o fato da preferência pelas NTR. Tal fenômeno poderia ser justificado por dois fatores: o receio de uma intervenção futura por parte de um suposto pai biológico e o planejamento familiar. A grande maioria das famílias que conheci era constituída por um casal de lésbicas que já coabitavam e decidiram, juntas, tornar-se mães. Vários elementos atravessam esse perfil e constituem arranjos diferentes, mas, via de regra, podemos dizer que essa seria a “tendência” canadense. No próximo item, descrevo os três casos com os quais tive um maior contato, representantes de diferentes arranjos familiares construídos a partir da utilização das NTR.

Caso 1 – Kimberly (mãe biológica) e Cynthia (mãe adotiva) – “A comunicação é a chave para o entendimento entre os *parents*”

Caso 1	Mãe biológica – Kimberly	Mãe adotiva – Cynthia
Idade	32	41
Profissão	Assistente administrativa	Auxiliar de escritório
Escolaridade	Superior – Women’s Studies	2º grau
Lugar de origem	Califórnia, Estados Unidos	Barrie, Ontário
Residência	Toronto, Ontário	Toronto, Ontário
Religião	Nenhuma	Nenhuma
Classe social	Média	Média
Raça	Branca	Branca
Tempo de relacionamento	8 anos	8 anos
Número de filhos	1 – Kyle: 5 anos	1 – Kyle: 5 anos
Outras observações	Inseminação “caseira”	

Dados referentes à época da pesquisa, em 2002.

No encontro com Didi Khayatti, em sua sala na York University, consegui o *e-mail* de Kimberly⁶, meu primeiro contato. Tivemos um encontro prévio à entrevista, num café no centro de Toronto, onde Kimberly, informalmente, comentou a respeito das dificuldades em encontrar uma parceira para concretizar seu sonho de ser mãe, as dificuldades físicas enfrentadas durante a gravidez e o parto e a relação com os demais *parents* de Kyle, seu filho. Kimberly nasceu na Califórnia, Estados Unidos, mas vivia no Canadá desde os 3 anos de idade. Tinha, então, 32 anos, um bacharelado em *Women's Studies* e era assistente administrativa em uma associação médica.

Kimberly conheceu Clark, um *gay* com mais de 60 anos, quando trabalhava numa livraria de temas *gays* e lésbicos de Toronto, após concluir sua graduação em *Women's Studies* pela York University. Nessa época, também conheceu Cynthia, sua atual companheira. Clark era companheiro de David, e, posteriormente, os parceiros Clark e David e Kimberly e Cynthia tornaram-se vizinhos no mesmo andar de um edifício.

Desde o início da relação, Kimberly expôs claramente a Cynthia seu desejo pela maternidade, uma referência tão forte em sua vida que já havia sido a causa do fim de um relacionamento. Ainda que gostasse muito da ex-namorada, o fato de esta não ter planos de formar uma família gerou uma incompatibilidade de planos de vida entre ambas. A partir dessa experiência, Kimberly decidiu que se envolveria com uma mulher apenas se compartilhassem esse sonho da maternidade, quando então conheceu Cynthia. Sobre essa sua irredutível decisão de ter filhos e formar uma família, Kimberly sugere ser um produto da sua socialização de gênero:

Eu era uma dessas crianças: eu brincava com Barbies, acreditava em contos de fada, queria crescer, casar e ter filhos — esse era meu sonho de vida. Apesar deles [os pais] nos apoiarem e não se importarem com o que fazíamos [ela, o irmão e a irmã], eles ficaram muito surpresos quando eu “saí do armário”, e a única coisa que algum deles fez, em termos de ter expectativas, e eu não acho que isso foi feito em um... Eu não acho que eles percebiam que estavam fazendo isso, mas eles, definitivamente, me deixaram com este pensamento de que, ou desejo de... qualquer expectativa de que meu papel como mulher incluía crianças, que eu deveria ter filhos quando crescesse. Então eu sempre cresci esperando que eu ia ser uma mãe⁷.

Cynthia tinha, na época da entrevista, 41 anos e trabalhava num escritório de advocacia como auxiliar de escritório. Depois de dois anos coabitando, “casaram-se” em uma cerimônia realizada por um reverendo da igreja anglicana, expulso da ordem por se envolver em uma relação homossexual. O ritual foi realizado num barco, durante um cruzeiro, contando com a participação de amigos e alguns familiares. Como nessa época o casamento homossexual ainda não era legalizado em Ontário, foi uma cerimônia “simbólica”, para reafirmar o relacionamento perante os amigos e as famílias. No casamento, a cujos trechos pude assistir em um documentário produzido por um canal canadense de televisão, Cynthia vestia um “terninho” e Kimberly, um vestido de noiva.

Depois de dois anos de coabitação e três ou quatro meses após a cerimônia, fizeram um acordo com David e Clark para conceberem um filho. Kimberly seria a mãe biológica; Cynthia, a mãe adotiva; David, o doador; e Clark, o pai “alternativo”.

Foram três meses de tentativas de inseminação caseira. Jarras esterilizadas contendo o sêmen de David atravessavam as portas de um apartamento a outro nas mãos de Cynthia. Kimberly enfatizou que sempre tentaram fazer com que todos os envolvidos no caso tivessem um tipo de participação na concepção de Kyle. Como sugere Donna Haraway (1997), uma vez concebido como possibilidade, o feto-filho ganha existência e torna-se experiência para todos os participantes envolvidos no drama.

Clark sempre estava presente nos momentos em que David doava o esperma. Cynthia era quem “transportava” o material e o introduzia em Kimberly. É interessante notar esse papel da inseminação atribuído a Cynthia, como a agente que introduz o material genético do pai biológico. Acreditavam que, assim, todos estariam envolvidos na concepção. Havia todo um ritual de concepção: Kimberly seria inseminada com a substância de David, mas através das mãos de Cynthia. David doaria seu sêmen, mas a produção deste sempre era feita na companhia de Clark, sob a ótica de uma “produção conjunta”. É curioso notar que essas atribuições sobre a concepção estavam diretamente relacionadas à relação de cada um com Kyle no futuro, no que se refere às diferentes condutas dos *parents* no interior daquele arranjo familiar.

Numa sociedade ainda baseada na descendência biológica (Schneider, 1968), a maternidade de Kimberly e a paternidade de David eram

fatos. Já Cynthia e Clark precisavam conquistar seu espaço, seu lugar na parentalidade de Kyle, já que não havia nenhum laço biológico. Essa “intenção” fica muito evidente na entrevista de Kimberly, sempre enfatizando que os quatro *parents* sempre tentaram manter um equilíbrio e uma certa divisão de tarefas na educação de Kyle. Mas outro dado que fica explícito na entrevista de Kimberly é a dificuldade em construir e manter ativa a participação de Clark nessa dinâmica. A diferença básica entre Clark e Cynthia é que esta última era a mãe adotiva, legalmente, enquanto Clark não dispunha de nenhum vínculo com Kyle, pelo sangue ou pela lei.

Segundo David Schneider (1968), na cultura norte-americana o parentesco se dá sob duas possibilidades básicas: pelo sangue e pelo casamento. O casamento se dá através da lei; e o parentesco, pelo sangue, através da herança biogenética, e pela lei. Nesse sentido, a parentalidade de Kimberly e David não era questionada porque está baseada na herança biogenética; já a maternidade de Cynthia estava assegurada pela lei, ao passo que Clark não contava com nenhum desses dispositivos sociais para ter sua paternidade reconhecida. Após conviver pouco tempo com Kyle, Clark faleceu. Segundo Kimberly, o equilíbrio entre os pais tornou-se maior depois da morte de Clark, já que sua insegurança, diante do reconhecimento social da parentalidade dos demais, gerava conflitos na relação entre os quatro *parents*.

Quando questionei por que David, e não Clark, havia sido o escolhido para doador e pai social, Kimberly expôs dois motivos básicos: 1) David era jovem e 2) Clark já era pai e avô. Notamos aqui que os critérios seletivos para o doador, nesse caso, foram a categoria da idade e o pressuposto de que todo homem deve ter a oportunidade de tornar-se pai biológico⁸.

Fica explícita a segurança de Cynthia, durante sua entrevista, em relação à sua maternidade socialmente legitimada. Segundo ela, além de contar com o respaldo da lei, a divisão de tarefas na casa e na educação de Kyle, no cotidiano, não deixam dúvidas sobre sua maternidade. Na verdade, essa nem parecia ser uma questão para Cynthia, apenas comentada devido à minha intervenção.

Cynthia era uma pessoa reservada e, em sua entrevista, limitou-se a comentar os assuntos por mim levantados; já David e Kimberly ofereceram-

me horas de informação sobre suas vidas. No caso de David, informações sobre sua infância conturbada devido à homossexualidade, o desejo de ser pai, a relação intergeracional com Clark e a perda do companheiro.

Dessa forma, para se pensar nesse primeiro caso, conto com o encontro informal com Kimberly no café, as informações obtidas com as três entrevistas e uma ocasião em que tive a oportunidade de observar a dinâmica da família toda (durante um jantar), além das informações previamente oferecidas por Kimberly via *e-mail* e de um vídeo produzido por um canal de televisão canadense sobre a história dessa família.

Kyle estava com 5 anos. As mães eram as *primary caregivers*, social e legalmente reconhecidas, com as quais Kyle morava e convivia. David era o pai biológico que abriu mão judicialmente de seus direitos como pai “legal”, a fim de permitir a adoção por Cynthia (no Canadá, uma criança pode ter apenas dois *parents*, independentemente do gênero ou da orientação sexual destes). Num caso de Inseminação Artificial com doador desconhecido, todas as informantes disseram que a adoção é um processo muito rápido e simples. Nesse caso, porém, de doador conhecido, legalmente essa categoria já está acoplada à paternidade social.

Dessa forma, antes que Cynthia entrasse com o pedido de adoção, foi necessário que David fizesse sua renúncia legalmente. Segundo Kimberly, esse foi um dos principais pontos de tensão antes e durante a gravidez. Havia um pacto entre os quatro *parents* de que David renunciaria judicialmente à paternidade logo após o nascimento da criança e de que Cynthia a adotaria.

No entanto, as mães enfatizaram em suas entrevistas a criteriosa seleção de um doador-pai em quem pudessem confiar nesse ponto, ainda que conscientes de que o risco de David mudar de idéia existia. Por sua vez, David informou que, desde o início, concordou com a renúncia, embora essa tenha sido uma das decisões mais difíceis de sua vida, sobretudo após o nascimento de Kyle, quando deveria procurar a Justiça para abdicar de seus direitos de pai.

Por precaução, ainda antes de Kyle nascer, as mães elaboraram uma espécie de contrato registrado em cartório determinando que, em caso da morte de Kimberly no parto, Cynthia deveria ter a guarda definitiva de Kyle (já que a adoção ainda não era possível nessa etapa). Esse tipo de contrato evitaria possíveis batalhas judiciais.

Esse período entre o nascimento de Kyle e a renúncia formalizada de David parece ter sido o de maior tensão e insegurança para todos. No entanto, David explicitou que havia um sentimento de lealdade para com as mães, de acordo com sua promessa inicial. Por sua vez, as mães sempre tentaram deixar claro para David que abdicar de seus direitos como pai “legítimo” pela lei em nada interferiria na sua conduta como pai social. E, bem sabemos, em nada questionaria a sua posição de pai biológico e o laço socialmente reconhecido devido à relação biogenética.

Kyle passava os finais de semana com David, o que as mães consideravam muito conveniente, já que, segundo elas, a maternidade restringia o tempo do casal e da individualidade de cada uma. Kimberly trabalhava como assistente administrativa. Embora Kyle freqüentasse diariamente uma creche, cabia à Cynthia a maioria das tarefas domésticas, além de cuidados básicos de “higiene e alimentação” com Kyle, ainda que também trabalhasse fora. Segundo Kimberly, no âmbito doméstico, a ela cabia, eventualmente, algumas tarefas de conserto na casa. É interessante notar o deslocamento das expectativas de gênero entre Kimberly e Cynthia. Kimberly é a mãe biológica, aquela que sempre desejou a maternidade e usou um clássico vestido de noiva no casamento, mas também trabalha fora, é a que faz consertos na casa e a que se encarrega de resolver questões “emergenciais” de qualquer natureza. Cynthia é a mãe adotiva, a que vestiu um “terninho” no casamento, e, embora também trabalhe fora, é aquela que cuida das tarefas tipicamente “femininas” da casa, da “higiene e alimentação” de Kyle, além de ter feito cursos sobre educação infantil mesmo antes de conhecer Kimberly⁹.

Recebi, em novembro de 2004, um *e-mail* de Kimberly me informando de que elas se casaram oficialmente em agosto de 2003 e que Cynthia havia pedido demissão do emprego e se tornado uma *stay at home mother*¹⁰, ainda que Kyle já estivesse com sete anos e freqüentando a escola. Naquele momento, estavam pensando em ter outro filho, mas desta vez “apenas entre elas”, ou seja, através de inseminação por doador desconhecido.

Para Kyle, Cynthia era sua “*momma*” e Kimberly, a “*mommy*”, enquanto David era seu “*daddy*” e Clark, “*pappy*”. A palavra “*momma*”, até onde pude perceber durante esses anos de pesquisa, tem um sentido genérico para a maternidade e, segundo Kimberly, é o termo que mais fazia sentido na perspectiva de Cynthia. De acordo com o *Oxford Dictionary of Current*

English, “*momma*” é a forma extensa de “*mom*”, um termo coloquial para “mãe”. “*Mommy*”, segundo o mesmo dicionário, também significa “mãe”, coloquialmente, mas numa pronúncia que imitaria a linguagem infantil. Na prática, pelo que pude perceber, “*mommy*” se apresenta como um termo mais popularizado num sentido íntimo e carinhoso que talvez seja o equivalente de “mamãe” em português. Por sua vez, “*daddy*”, como David era chamado por Kyle, seria o equivalente a “papai”, enquanto “*pappy*” (Clark) costuma estar relacionado a “avô”, ainda que Kimberly acredite que, apesar dessa tendência para o uso de “*pappy*”, Kyle tenha “escolhido” esse termo por ser o que mais se aproxima a “*daddy*”, cujo lugar já estava ocupado por David. Quando perguntei a Kimberly se esses termos foram “escolhidos” pelos *parents* ou se Kyle havia criado essas distinções, Kimberly me respondeu que era difícil saber, mas que provavelmente eles já usavam esses termos entre si e com o filho antes mesmo de Kyle começar a falar, e, portanto, as denominações hoje utilizadas por Kyle seriam uma combinação entre termos escolhidos pelos *parents* e termos escolhidos ou apropriados por Kyle ao longo do tempo. Dessa forma, os pais biológicos são, simetricamente, “*mommy*” e “*daddy*”; a “segunda mãe” (uma vez que a adoção é chamada de *second-parent adoption*) é “*momma*”, e o pai “alternativo” e mais velho é “*pappy*”.

A diferença entre as mães ficou evidente na entrevista com Kimberly:

Nós tivemos situações nas quais, na creche, alguns dos professores diziam para o Kyle — eles estavam tentando dar o seu apoio — “Oh, e você tem duas mommies!”. E Kyle respondia: “Não, eu não tenho. Eu tenho uma mommy e uma momma. É diferente! Não são duas mommies”¹¹.

Quanto à educação de Kyle, disseram-me que as decisões emergenciais são sempre tomadas pelas mães, já que são as responsáveis primárias por ele. No entanto, para qualquer outra decisão (e Cynthia exemplificou com a questão da circuncisão de Kyle), todos os *parents* se reuniam para discutir a questão, e assim também era quando Clark ainda estava vivo. Alguns outros pontos estão “acertados” entre todos os pais, como a importância de se estimular em Kyle a leitura de obras isentas de preconceitos de gênero, sexualidade, raça, religião, etc. Como disse Kimberly, a comunicação sempre foi a chave para o entendimento entre os *parents*.

Caso 2 – Julie (mãe adotiva) e Gillian (mãe biológica) – “Nunca me vi como mãe”

Caso 2	Mãe biológica – Gillian	Mãe adotiva – Julie
Idade	38	30
Profissão	Ferradora de cavalos	Stay at home mother
Escolaridade	Superior – Eng. Química; Biologia Marinha; Toxicologia	Mestrado – História
Lugar de origem	Halifax, Nova Escócia	Guelph, Ontário
Residência	Toronto, Ontário	Toronto, Ontário
Religião	Nenhuma	Nenhuma
Classe social	Média	Média
Raça	Branca	Branca
Tempo de relacionamento	4 anos	4 anos
Número de filhos	1 – Harriet: 4 anos	1 – Harriet: 4 anos
Outras observações	Inseminação artificial	

Estabeleci contato com Julie através de Kimberly. O caso de Julie e Gillian é de doador anônimo. Em geral, os casos de doador anônimo constituem aqueles em que o casal decide, de comum acordo, que uma das mulheres será a inseminada e a outra adotará a criança. Mas, no caso de Gillian, a mãe biológica, a gravidez aconteceu de uma maneira atípica.

Julie (caso 2) e Kimberly (caso 1) foram as fundadoras do Rainbow Club, um grupo que planejava atividades mensais para agrupar famílias alternativas em geral, com fins recreativos e, sobretudo, visando à interação das crianças dessas famílias para que cresçam identificando-se com outras crianças provenientes de famílias não-heterossexuais, desenvolvendo sua auto-estima e uma visão positiva da diversidade.

Julie e Kimberly conheceram-se pela Internet, numa das listas para mães lésbicas, e decidiram criar o Rainbow Club porque, segundo elas, os grupos de famílias alternativas em geral são focados nos adultos, para discussão dos problemas dos GLBT *parents*, e, na maioria das vezes, as mães não têm onde deixar os filhos para freqüentar as reuniões. Dessa forma, a proposta do Rainbow Club é a interação entre famílias, com ênfase nas necessidades das crianças.

Em julho, Julie, Gillian e eu combinamos, via *e-mail*, de nos encontrar para um café-da-manhã e, posteriormente, irmos a um piquenique num parque junto a outras famílias do clube. Durante o café-da-manhã, num local escolhido por elas, conversei com Julie, Gillian e Harriet, a filha

biológica de Gillian. Julie, mais extrovertida, falou a respeito do Rainbow Club e de como Gillian e Harriet haviam “entrado em sua vida”.

Seguimos dali para o parque onde conheci outros casais (tanto de *gays* como de lésbicas) e conversei com eles. Conheci também uma lésbica separada do marido que lá estava com seus filhos, buscando apoio para o momento de “transição” em que se encontrava sua orientação de gênero, do feminino para o masculino (categoria denominada *transgênero* FtoM – *Female to Male*). Havia dois casais de *gays* com filhos adotivos de outras etnias e vários casais de lésbicas com filhos planejados, via inseminação, por doador anônimo. Nas palavras de Kimberly:

A idéia veio porque já há muitos grupos para gays que desejam ser parents. E os grupos para gay parents não incluem as crianças e geralmente têm poucos membros, já que é difícil conseguir uma babá e freqüentar (as reuniões) em dias úteis à noite. E então há grupos para mães lésbicas que incluem as crianças, mas não permitem pais gays, e, além do mais, e os filhos de pais gays? Felizmente nosso foco é nas crianças, e não nos pais, e a clientela passou a ser constituída em 50% por pais gays com seus filhos... É interessante notar que todas as mães lésbicas em nosso grupo têm filhas e optaram por doadores anônimos. Todos os pais têm filhos e adotaram. Cynthia, David e eu somos a única unidade de três parents com um doador conhecido e lésbicas que naturalmente tiveram um menino¹².

Tive a oportunidade de conversar com todos e ter um panorama das famílias que compunham o Rainbow Club naquela época. E posso dizer que, destas, as famílias de Kimberly e Gillian eram as mais atípicas. No caso de Kimberly, pela inseminação caseira por doador conhecido e aceito como pai social; já no caso de Gillian, pela situação específica em que engravidou e por ter formado com Julie uma família lésbica recomposta.

Gillian tinha, na época da pesquisa, 38 anos e três cursos de graduação: Toxicologia Biomédica, Engenharia Química e Biologia Marinha. Era uma mulher introvertida, com uma história de vida bastante peculiar. Quando adulta, descobriu que era filha adotiva e que era a única, dentre os três filhos adotados, que não sabia do fato. A mãe biológica, de família extremamente conservadora e religiosa (anglicana), não pôde expor-se socialmente – o que se passou nos anos 1960 – com uma filha proveniente de um estupro, cometido por um namorado homossexual não

assumido. Imediatamente após o nascimento, pressionada pela família, doou Gillian para a adoção. Essa história, Gillian ouviu da própria mãe biológica, quando adulta, porém nunca houve qualquer tipo de vínculo entre elas. Seus pais adotivos nunca comentaram muito sobre suas vidas com seus filhos, e Gillian descobriu que seu pai era judeu quando já estava na relação com Julie, porque foi esta última quem descobriu o fato, em conversas com o pai de Gillian.

Gillian estava num longo relacionamento com uma mulher que desejava ser mãe, mas não queria a experiência da gravidez porque se considerava muito *butch* (“masculinizada”). A masculinização da lésbica aparece como incompatível com a gestação no imaginário das *butches* (Weston, op. cit.), ainda que não exclua a possibilidade da maternagem. No entanto, Gillian também era uma *butch* que, por estar emocionalmente envolvida, decidiu engravidar para compartilhar um filho com a companheira, ainda que isso nunca tivesse feito parte dos seus planos de vida antes:

Eu não queria engravidar, eu não queria... você entende... Digo, ficar grávida seria... mas, você entende, o conceito todo que você conhece. A inseminação através de doador, eu não me importava com isso, não me assustava, mas... você entende... mas gerar uma criança... eu nunca me imaginei gerando uma criança ou mesmo a coisa de dar à luz. Você entende o que estou dizendo? [...] Quero dizer, eu não me considero incrivelmente *butch*, mas você entende... um pouco *butch* demais para ter filhos. [...] Eu não deveria estar naquela situação, você entende... eu não parecia estar grávida, eu não agia como uma grávida, eu não quis usar roupas para grávidas ou qualquer coisa desse tipo¹³.

Dessa forma, rompendo com as expectativas para o estereótipo da *butch*, Gillian e sua ex-namorada formavam um casal de *butches* no qual uma delas aceitou engravidar, configurando um relacionamento que rompe com duas expectativas: primeiro, a de que ser *butch* e engravidar são práticas excludentes e, segundo, a de que uma *butch* sempre procura uma parceira mais “feminina”.

Quando Gillian estava grávida de oito meses e cursando a graduação, a companheira terminou a relação, e Gillian, que então morava no *campus* da universidade, viu-se como uma futura mãe lésbica, solteira e estudante, mas ainda mantinha a esperança de que, quando a criança nascesse, esse fato pudesse “salvar” a relação, o que não aconteceu. Para a escolha do

doador, a ex-namorada fez questão que este tivesse características físicas semelhantes às suas e, portanto, deveria ser branco, britânico, de olhos azuis e cabelos louros, o que contrariava o desejo de Gillian, que queria uma criança negra. Mas, diante do “você não pode fazer isso” por parte da ex-namorada, Gillian cedeu. Depois, disse que se arrependeu por não ter imposto o seu desejo, mas esse arrependimento durou apenas até o momento do nascimento de Harriet.

Gillian estudou, trabalhou e educou Harriet até conhecer Julie, a qual, por sua vez, sempre havia desejado ser mãe e já havia cogitado a possibilidade de adotar uma criança “do Terceiro Mundo”, porque não podia engravidar.

Julie tinha 30 anos, era graduada em História, com mestrado na mesma área. Sempre se dedicou às atividades acadêmicas, como estágio docente e pesquisa. Quando conheceu Gillian, estava concluindo o mestrado. Nos últimos quatro anos, mantinha vínculos com a universidade e trabalhava em casa, procurando dedicar a maior parte de seu tempo a Harriet. A noção de família de Julie não incluía crianças, necessariamente. Contudo, afirmou que sempre quis ser mãe, apesar de vir de uma família “liberal”, inclusive em assuntos relativos à homossexualidade, e nunca ter sofrido nenhum tipo de pressão ou expectativa por parte de seus pais nesse sentido.

Gillian continuou trabalhando, e, ainda que tivesse proposto a Julie que cuidasse apenas da casa e de Harriet, Julie também continuou trabalhando até que conseguiu um trabalho em casa, o qual exigia apenas um computador para realizar as tarefas para um centro de estudos da universidade. Estabeleceram regras para a divisão do trabalho doméstico e, por quatro anos, Julie passou a cuidar de Harriet em tempo integral. Quando perguntei se ela era uma *stay at home mother*, disse também ter ficado surpresa quando lhe perguntaram isso, um ano antes, porque nunca havia pensado nesses termos, mas que, na prática, era, de fato, o lugar que ela havia assumido. Segundo Gillian, “Julie teve mais envolvimento com o desenvolvimento diário de Harriet... Eu estava trabalhando”¹⁴.

Harriet se mostrava uma criança extremamente “politizada” para os seus 4 anos. Havia uma preocupação enorme das mães em educarem a filha de acordo com um viés feminista, selecionando livros de leitura para Harriet nos quais as personagens centrais são mulheres, heroínas, a fim de desenvolver, na garota, uma visão positiva da mulher. Além disso, controlavam, sob o mesmo viés, os programas de televisão a que Harriet assistia.

Nos primeiros contatos com Julie e Gillian, percebi em Julie uma mulher extremamente extrovertida e falante. Gillian, por sua vez, sempre calada. Durante as entrevistas gravadas, no entanto, Gillian expôs-se muito mais que Julie: relatou detalhadamente sua vida, seus problemas, suas inseguranças e enfatizou o quanto a relação com Julie contribuiu para solidificar sua auto-estima e estabilizar sua vida.

Julie comentou que, geralmente, as pessoas pensam que ela é a mãe biológica de Harriet, o que faz sentido, de acordo com a matriz heterossexual reprodutiva (Butler, 1996) que associa a mulher à feminilidade, se pensarmos que Julie é a *stay at home mother* e que Gillian é uma lésbica masculinizada, *butch*, como reconhecido por ela e por sua companheira. É curioso pensarmos que, no passado, Julie sempre tenha tido a maternidade em seus planos, mas Gillian, não. A trajetória de cada uma, entretanto, levou Julie a tornar-se mãe, ainda que não pela gravidez, e levou Gillian a engravidar, algo que, segundo ela, era inconcebível para si mesma. Contudo, Gillian relatou que, às vezes, ainda não se sente “confortável” na categoria “mãe”.

Para Harriet, Gillian é sua “*mum*” e Julie, sua “*mama*”. “*Mum*” é um sinônimo de “*mummy*” e de “*mommy*” (mamãe), enquanto “*mama*” é uma variação de “*momma*”, que são usos coloquiais de “mãe”. Dessa forma, para Harriet, assim como para Kyle (caso 1), a mãe biológica é a “mamãe” (*mommy/mummy/mum*) e a mãe adotiva é a “mãe” (*momma/mama/mom*).

Na época de nosso último contato, em 2004, Julie estava cursando Robótica na faculdade e dando aulas numa prisão. Gillian continuava no mesmo emprego, como ferradora de cavalos, e Harriet já estava na escola.

Caso 3 – Nadja (mãe biológica) e Linda (mãe adotiva) – “Escolher um doador é eugenia”

Caso 3	Mãe biológica – Nadja	Mãe adotiva – Linda
Idade	37	39
Profissão	Stay at home mother	Secretária
Escolaridade	Superior – Veterinária	2º grau
Lugar de origem	Halifax, Nova Escócia	Kitchener, Ontário
Residência	Toronto, Ontário	Toronto, Ontário
Religião	Nenhuma	Nenhuma
Classe social	Média	Média
Raça	Branca	Branca
Tempo de relacionamento	13 anos	13 anos
Número de filhos	2 – Chloe: 4 anos / Abby: 1 ano	2 – Chloe: 4 anos / Abby: 1 ano
Outras observações	Inseminação artificial	

Conheci Nadja e Linda no piquenique do Rainbow Club. A princípio, poderíamos dizer que este constitui um caso “representante” da maioria dos casos de famílias lésbicas no Canadá: o casal já constituído que opta, por livre e espontânea vontade, pela maternidade através da inseminação por meio de doador desconhecido. Além disso, estavam numa relação estável há 13 anos. Linda, a mãe adotiva, era a “provedora” (segundo Nadja, ela dependia da renda de Linda), e Nadja, a mãe biológica das duas filhas do casal, era uma *stay at home mother*. Expondo dessa forma, este caso poderia ser visto como um estereótipo do que se espera de uma família lésbica pelo senso comum.

No entanto, a trajetória de vida de Nadja oferece elementos que alteram a configuração desse caso. Sobre tudo quando Nadja diz que, teoricamente, poderia se considerar *bissexual*, mas não o fazia porque essa categoria traz em si uma carga política e, por isso, preferia se autodenominar como *lésbica*, mesmo consciente de que, sexualmente, ainda seria capaz de se relacionar com homens:

Eu não... digo que sou uma lésbica, eu não... minha sexualidade pura, eu diria, é bissexual, mas isso parece ter um peso político muito grande. E mantém... é assim: você tem estado com uma mulher por treze anos e você não tem intenções de não estar com ela... Então eu me chamo de lésbica, mas, sexualmente, eu poderia ir por outro caminho¹⁵.

Nadja, além de nos dar um exemplo de como as políticas identitárias são rígidas e levam os indivíduos a “remanejarem” suas sexualidades e identidades em prol da opção por um determinado estilo de vida, vai ainda na contracorrente dos estereótipos ao expor que todas as suas relações anteriores com homens foram muito positivas. Sempre havia pensado em se casar, passar pela experiência da gravidez e ser mãe, com um homem: “Eu sempre pensei que teria filhos. Eu sempre quis engravidar e ver como era a experiência, ter a experiência de dar à luz”¹⁶. Porém, aos 23 anos, descobriu-se atraída por uma mulher, Linda, pela primeira vez, e percebeu que poderia realizar seus planos de formar uma família, mas então com uma mulher.

Linda, por sua vez, sempre se relacionou apenas com mulheres, desde sua primeira experiência, aos 15 anos, mas sempre quis exercer a parentalidade e, assim como Kimberly (caso 1), chegou a terminar uma relação porque a namorada não queria ter filhos. A grande diferença entre Kimberly e

Linda é que esta última queria ter filhos, mas não queria engravidar (assim como a ex-namorada de Gillian). Isso pode ser explicado, de certa forma, pelo fato de Linda também corresponder ao estereótipo da *butch*.

Eu adoraria ter mais filhos, mas eu não vou gerar... mas eu não vou gerar, então se seria por adoção ou dando à luz, essa decisão não é minha. Eu nunca quis gerar filhos, eu sempre quis exercer a parentalidade. Eu nunca me vi grávida¹⁷.

Quando perguntei a Nadja sobre a reação de sua família ao vê-la se envolver numa relação lésbica, Nadja relatou que o fato não se apresentou como “novidade” porque, pouco tempo antes, uma de suas irmãs também havia se envolvido em uma relação lésbica, enquanto a outra irmã, a mais velha, já estava, há 3 anos, envolvida numa relação “não-monogâmica” com outra mulher e um homem¹⁸.

Nadja tinha 37 anos e um diploma universitário em Veterinária, mas, desde que se tornou mãe, havia adotado a posição de *stay at home mother*. Segundo Nadja, as tarefas domésticas e de cuidado com as crianças eram divididas meio a meio quando ambas estavam em casa, mas, considerando que Linda trabalhava fora, podemos concluir que, na maior parte do tempo, essas tarefas ficavam a cargo de Nadja, o que Linda confirmou quando lhe perguntei sobre a divisão do trabalho doméstico entre elas: “É igualitário na medida do possível. Eu trabalho fora de casa em tempo integral, ela trabalha em casa em tempo integral, então eu diria que, em casa, ela trabalha mais”¹⁹. E o mesmo se aplica ao cuidado e à educação das filhas: “De novo, igualitário na medida do possível, porque eu trabalho fora, eu não participo disso das nove às dezessete horas, então eu diria que ela trabalha mais nisso”²⁰.

O casal tem duas filhas, ambas geradas por Nadja, com sêmen de doadores desconhecidos. Nadja revelou que a opção pela Inseminação Artificial foi mais uma exigência de Linda, ao passo que ela teria considerado as possibilidades da doação de esperma por um amigo *gay* ou um outro doador conhecido, o que se justificou com suas críticas em relação ao processo de inseminação através de doador desconhecido, que considera eugênico²¹, já que os bancos de esperma eliminam, *a priori*, doadores de acordo com a orientação sexual ou portadores de certas doenças. Além disso, alegou que sua irmã, também mãe lésbica, teve experiências bastante discriminatórias em clínicas de inseminação. Quanto à escolha

do doador por etnia, Linda revelou que decidiram que não queriam um filho birracial porque a criança já estaria numa família alternativa. Dessa forma, escolheram, para as duas inseminações, doadores diferentes, mas ambos com características físicas semelhantes às de Linda: “Dessa forma, a maioria das pessoas dirão ‘oh, eles se parecem com você!’”²².

Linda acompanhou Nadja, nas duas vezes, “da concepção ao parto”. Comentou que agradecia por morar num país onde isso era possível, bem como pela facilidade para a adoção, a qual, sugere, em nada alterou as relações, mas optou por esse amparo legal, entre outros motivos, para dar seu sobrenome às filhas. Este foi o único caso que revelou uma preocupação com a transmissão do nome, semelhante à preocupação do pai em famílias heterossexuais. No entanto, a atenção para com o “nome” revela um cuidado maior: o direito legal de ser reconhecida como *parent* em situações nas quais apenas os parentes “de direito” podem intervir:

Eu tive a opção de não adotar, mesmo assim elas seriam minhas filhas, mas então elas não teriam meu nome e eu as queria como minhas. Então se algo acontecer, problemas de saúde ou qualquer outra coisa... Se por alguma razão algo acontecer, elas são minhas²³.

Nesse sentido, em busca do respaldo da lei, em 2004, fui informada de que Nadja e Linda também se casaram.

Chloe e Abby, as filhas, chamavam Nadja de “*mommy*” e Linda de “*mom*”, seguindo o mesmo padrão dos termos utilizados pelas crianças dos casos anteriores, Kyle (caso 1) e Harriet (caso 2). Nos três casos, havia uma tendência para que as quatro crianças utilizassem o diminutivo ao se referirem às mães biológicas e um termo mais genérico e coloquial para as mães adotivas. Mas, como bem colocou Kimberly, hoje fica difícil saber quando, como e por que esses termos passaram a ser diferencialmente usados pelas crianças. Entretanto, em qualquer que seja o caso, um padrão de diferenciação se mantém a fim de distinguir os lugares distintos das duas mães.

Informações adicionais

Além dos três casos com entrevistas gravadas, tive a oportunidade de conversar com um casal que ainda estava iniciando as tentativas de inseminação. Eu já estava em contato com esse casal mesmo antes de ir

ao Canadá, através de uma lista internacional de discussão para mães lésbicas, da qual participei por três anos. Ina estava com 32 anos e Cecília, com 36. A idade de Cecília²⁴ (a mais velha) foi o motivo de ser escolhida para mãe biológica²⁵. Estavam, em julho, no segundo mês de tentativa. Procuraram por um doador com *background* étnico semelhante ao de Ina (húngaro–russo–judeu), portanto, Ina e Cecília procuravam um doador com características físicas semelhantes às da mãe não-biológica, assim como nos casos 2 e 3. Descartavam a opção de um doador conhecido, no caso um amigo *gay*, porque este traria problemas ao envolver uma família extensa, o que elas não tinham por objetivo, devido a uma experiência anterior em que a mãe do rapaz havia demonstrado interesse em participar da educação da criança.

Como se pode perceber na descrição dos casos, ainda que a lei garanta os direitos da co-parentalidade, a mãe não-biológica utiliza-se de outros recursos para constantemente reafirmar sua maternidade. Nos casos de Cynthia (caso 1) e Julie (caso 2), mães adotivas que não participaram da escolha de um doador com um *background* étnico semelhante ao delas, outro recurso precisava ser utilizado para legitimar seu vínculo com a criança. Nesse caso, foi a adoção associada ao papel de *stay at home mother*, um papel que exige dedicação integral e exclusiva à casa e aos filhos. Já Linda (caso 3) e Ina apresentam-se como mães adotivas que participam do processo de escolha de um doador com o mesmo *background* étnico delas, a fim de construir um vínculo cultural, mas lido por elas como biológico, com a criança. Numa segunda etapa, a adoção consolida esse vínculo. Dessa forma, as mães adotivas que tinham a oportunidade de escolher um doador com *background* étnico semelhante ao seu não sentiam necessidade de se tornarem *stay at home mothers*, porque, além do reconhecimento da adoção pela lei, haveria o reconhecimento social da “similaridade física” entre a mãe adotiva e a criança. Fica explícita, na configuração de cada caso, que a necessidade (ou ausência dela) de se tornar uma *stay at home mother* aumenta à medida que menores são os vínculos (étnicos e legais) com a criança.

Segundo Weiner (1976), no sistema de crenças trobriandês, a mulher concebe quando um *waiwaia* (espírito da criança) é trazido por um *baloma* (espírito ancestral matrilinear). Nesse sentido, a concepção é um fato “espiritual”, sem a participação do homem, o qual contribui para o

desenvolvimento e crescimento físico da criança através de relações sexuais com a mãe (durante a gestação) e da alimentação da criança (com alimentos do seu *dala*, do nascimento até os primeiros anos de vida da criança). O único alimento que a criança pode receber da mãe é o leite materno. Através desses rituais, a criança é moldada à imagem do pai. Nesse sentido, a criança é a articulação entre a “essência” da mãe e o **cuidado** do pai.

No caso das mães lésbicas, o **cuidado** pode ser entendido como um ritual que vai “modelar” a criança, durante seu desenvolvimento, à imagem da mãe adotiva ou também pode ser entendido como estratégia para a criação de um vínculo afetivo que vai recriar relações de parentesco²⁶. No entanto, seja qual for o caso, faz-se necessária a presença e o cuidado da mãe adotiva em tempo integral durante os primeiros anos de vida da criança, período em que se supõe que o sujeito ainda está em formação, é um “quase-sujeito” ainda suscetível de ser “modelado” ou de ressignificar os modelos existentes, já que se encontra na fase inicial da construção do “eu” através da “sociabilidade”, no sentido apresentado por Strathern (1988) como sociabilidade coletiva, na qual o “eu” só pode ser situado e ganhar significado na sua relação com o outro.

Portanto, nos casos que analisei, o *status* de mãe (para a companheira da mãe biológica) ganhava mais legitimidade se respeitados os recursos da reprodução étnica, da adoção e do exercício da maternagem²⁷ em tempo integral no âmbito doméstico. Resumidamente, para a mãe não-biológica, o *status* de mãe é alcançado através da associação entre etnia (utilização das NTR) e lei (adoção legal), reforçadas pelo cuidado (*stay at home mothers*).

Já Nelson (1999), socióloga pesquisadora da maternidade lésbica no Canadá, identificou que, nos casos de Inseminação Artificial por doador desconhecido que analisou em Calgary, na província de Alberta, o fato de a mãe ser biológica ou não-biológica não constituía nenhum diferencial na divisão das tarefas relativas à educação das crianças ou no tempo investido para tal. Ambas as mães investiam um conteúdo emocional semelhante na maternidade e alternavam serviços de meio período com a função materna. Ainda que os dados da minha pesquisa se apresentem como distintos da pesquisa de Nelson, nos casos que conheci e analisei em Toronto, ambas as mães se consideravam *primary caregivers* (agentes primárias no cuidado com a criança).

Da cegonha ao banco de esperma

Marilyn Strathern, em seu artigo *Necessidade de pais, necessidade de mães*, publicado no Brasil em 1995, discute as possibilidades da parentalidade a partir das concepções de David Schneider (op. cit.), no intuito de analisar a “Síndrome do Nascimento Virgem”, polêmica causada na Inglaterra das décadas de 1960 e 1970, quando algumas mulheres procuraram o auxílio das Novas Tecnologias Reprodutivas para gerarem seus filhos, ao mesmo tempo em que se negavam a manter relações sexuais de qualquer orientação, heterossexual ou homossexual. Foi a busca pela reprodução assexuada que levou médicos e especialistas a se reunirem e debaterem esse fenômeno social que não compreendiam.

A fim de analisar essa polêmica, Strathern refere-se, entre outras, à obra de Annette B. Weiner (1976), já anteriormente citada neste artigo: entre os trobriandeses, o ato de conceber um filho era uma prática entendida como independente das relações sexuais, associada aos espíritos²⁸. No entanto, no imaginário do parentesco euro-americano, a associação sexo–reprodução é tida como dada pela natureza, e, assim, as expectativas sociais para os papéis de mãe e de pai são reproduzidas, entendidas como expectativas naturais e de conteúdos muito distintos: “A maternidade estabelece-se tradicionalmente com a mãe dando à luz, enquanto a paternidade o é pela prova de relações sexuais com a mãe” (Strathern, 1995, p. 303).

Na opinião de Strathern, os métodos contraceptivos já desvincularam o sexo da procriação há muito tempo, contudo, o nascimento virgem causou polêmica porque o pensamento euro-americano seria incapaz de conceber uma maternidade não precedida pelo sexo. Nas palavras da autora, talvez a maternidade sem sexo não seja uma prática “culturalmente pensável” no imaginário euro-americano. Mas por quê? Porque o parentesco do imaginário euro-americano pressupõe “a formação de relacionamentos íntimos baseados na procriação” (id. ib., p. 306), como bem sugerido anteriormente por Schneider (op. cit.). As Novas Tecnologias Reprodutivas permitem que essa formação seja evitada *a priori*, já que não há mais a necessidade da relação sexual. Schneider (1968) sugeriu que alterações científicas no campo biológico podem modificar as relações de parentesco. Assim sendo, a princípio, as NTR poderiam permitir que não se recriasse a parentalidade nos moldes tradicionais.

Se, segundo Schneider, a relação sexual “(s)erve para reproduzir a parentalidade como o resultado percebido de uma união em que as partes se distinguem pelo gênero” (Strathern, op. cit., p. 307), o que acontece quando as NTR intervêm nesse processo? Segundo os pressupostos de Strathern, embora várias maternidades e paternidades pudessem ser propiciadas pelas NTR, o pensamento euro-americano ressignifica esse fenômeno, adequando-o, mais uma vez, ao binarismo mãe/pai:

E se a criança pode ser educada por diferentes pessoas, talvez não pareça um grande salto cultural imaginar que sua concepção também possa distribuir-se entre muitas pessoas. Contudo, por mais numerosas que sejam, essas pessoas ou são “mães” ou “pais”. Podem ser chamadas de mães e pais “verdadeiros”, ou adotivos, ou delegados, isto é, de alguma forma mães e pais substitutos. Mas não há, por assim dizer, nenhum outro tipo de pais. E o gênero sempre designa pessoas para um ou outro papel (Strathern, id. ib., p. 306)²⁹.

Nesse sentido, na opinião de Strathern, a intervenção das NTR acaba por conservar o “mecanismo de procriação conceitual”, ou melhor, o modelo de reprodução da parentalidade como resultado de uma relação/união marcada pela assimetria de gênero, “(c)ontanto que substâncias ou pessoas possam ser identificadas como ocupando o lugar de ou substituindo outras substâncias ou pessoas (naturais)” (id. ib., p. 307): a intervenção tecnológica substitui a relação sexual, a mãe de aluguel substitui a mãe “genética”, etc. Nessa perspectiva, sempre haverá uma substituição que permite a preservação do modelo; “o que se diz é que a intervenção simplesmente ajusta as condições físicas” (id. ib., p. 307) necessárias para a procriação e para a reprodução da parentalidade.

Segundo Schneider (op. cit.), a relação sexual simboliza a união, a relação, os relacionamentos em geral. Por isso, sugere Strathern, as mulheres que negaram a relação sexual, visando à procriação, romperam com essa reprodução de relacionamentos. “A mulher que fecha a possibilidade de uma relação sexual aparentemente nega aquelas relações de parceria que formam os alicerces da vida familiar” (Strathern, op. cit., p. 314). É nesse sentido que Strathern sugere que, para algumas pessoas, mesmo a relação homossexual não incomodaria tanto quanto a ausência de relação.

O que está em questão é o significado simbólico do ato sexual: ele assinala o compromisso do casal e o aponta como um ideal. Com a noção de ideal, vem a outra de que os ideais têm de ser protegidos para se manter o sistema social (idem, *ibidem*, p. 314).

Nesse ponto da análise, Strathern avança nos pressupostos de Schneider (op. cit.) e abre a brecha para pensarmos as famílias homossexuais numa situação de reprodução da vida familiar de acordo com as expectativas da matriz heterossexual (Butler, 1996), como também sugerido por Schneider (1997) em outro momento.

A ligação sexual, em outras palavras, pareceria simbolizar a necessidade de relacionamento como tal. Em último recurso, além disso, qualquer relação – do mesmo sexo ou transexo – serve para transmitir essa mensagem (Strathern, op. cit., p. 315).

A reprodução social dos relacionamentos aparece como pré-requisito para a construção do lar que receberá a criança, bem como para a construção social do parentesco como fato natural. Nesse contexto, as mulheres adeptas do “nascimento virgem” ameaçariam mais o sistema do que as famílias lésbicas no seguinte sentido: “A relação mãe–filho em si e por si não significa sociabilidade: tem de haver uma terceira pessoa” (id. *ib.*, p. 316). O modelo de parentesco euro-americano produz uma noção de sociedade na qual a mulher e a criança necessitam, respectivamente, de um marido e um pai, noção que implica pessoas marcadas pelo gênero e numa suposição de que os relacionamentos são construídos socialmente. Em outras palavras, as pessoas e suas diferenças são dadas, mas as relações devem ser construídas. Esse “modelo duogenético de parentalidade” (id. *ib.*, p. 322) pressupõe sempre um reconhecimento de apenas “dois lados” biológicos de parentalidade, marcados pela oposição de gênero: o pai e a mãe. Na ausência do pai e da mãe, entra a/o substituta/o nas suas várias possibilidades: a mãe de aluguel, a mãe adotiva, a avó, o marido da mãe, o pai adotivo, etc. Nesse sentido, o modelo é sempre dual, reduzindo possibilidades práticas múltiplas a um mecanismo conceitual binário³⁰.

Vimos como as crianças canadenses envolvidas nessa pesquisa designam papéis de “mãe” e “mamãe”, havendo ou não a presença

de um “pai”. Nesse contexto, quando há a presença de um “pai”, são reconhecidos, pela criança e pelos *parents*, três lados da parentalidade, ao passo que apenas dois lados são reconhecidos por lei (o da mãe biológica e o da mãe adotiva) e dois são reconhecidos socialmente pelo vínculo biológico (o da mãe e o do pai biológicos, já que a segunda mãe só pode adotar quando o pai biológico renuncia ao seu direito legal sobre a criança). Em caso de doador desconhecido, mais uma vez, apenas dois lados da parentalidade são reconhecidos por lei: o da mãe biológica e o da mãe adotiva. Nesses casos, o modelo duogenético que pressupõe o reconhecimento de dois lados biológicos da parentalidade não encontra lugar, uma vez que a contribuição biológica do doador não se torna parte das concepções e práticas da parentalidade, nem na perspectiva da lei, nem das mães, nem das crianças. Em outras palavras, nos casos de doadores desconhecidos, não existe um lugar para o “pai”, enquanto a problemática que surge “são as reivindicações competitivas de uma pluralidade de ‘mães’” (id. ib., p. 311).

A lei canadense reconhece apenas duas pessoas como *parents*, mas não se pauta na distinção de gênero. O modelo permanece como dual, mas não necessariamente biológico e tampouco exige a oposição de gênero. Mas o gênero ainda designa o papel, o que significa que, quando se trata de duas mulheres, a categoria “mãe” se duplica. Contudo, como vimos, os significados atribuídos à mãe biológica e à mãe não-biológica são diferentes, já que esta última precisa “conquistar” esse lugar, seja através da reprodução étnica (NTR), da adoção e/ou do cuidado. Dessa forma, seja entre as mães lésbicas canadenses ou entre os pais trobriandeses, “o ritual espera poder descobrir poderes e verdades que não podem ser alcançados através de esforço consciente” (Douglas, 1976, p. 117).

Concluindo, o mecanismo conceitual binário pode exigir uma união para a reprodução da parentalidade, pode exigir o sexo, o amor conjugal, os relacionamentos, enfim, os pré-requisitos para a configuração do que se define por família. Não restringindo essa família ao modelo nuclear heterossexual, esse mecanismo permite que os arranjos conjugais lésbicos sejam reconhecidos como famílias. Entretanto, ele pode ser pernicioso caso reduza novas experiências a velhos papéis e esquemas.

Referências bibliográficas

- BUTLER, Judith. *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge, 1996.
- _____. O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cadernos Pagu*, n. 21, pp. 219–260, 2003.
- CARVALHO, Marília Pinto de. *No coração da sala de aula: gênero e trabalho docente nas séries iniciais*. São Paulo: Xamã, 1999.
- DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- EPSTEIN, Rachel. Lesbian Parenting: grounding our theory. *Canadian Woman Studies, Les Cahiers de La Femme: Lesbians and Politics*, v. 16, n.2, pp. 60–64, spring 1996.
- FUMIA, Doreen. Marginalized motherhood and the mother-lesbian subject. *Journal of the Association for Research on Mothering: Mothering and Motherhood*, v. 1, n. 1, pp. 86–95, 1999.
- GABB, Jacqui. Imag(in)ing the Queer Lesbian Family. *Journal of the Association for Research on Mothering: Lesbian Mothering*, v. 1, n.2, pp. 9–20, 1999.
- HARAWAY, Donna. The virtual speculum in the New World Order. *Feminist Review*, n. 55, pp. 22–72, spring 1997.
- NELSON, Fiona. Lesbian families: achieving motherhood. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, v. 10, n. 1, pp. 27–46, 1999.
- RICH, Adrienne. Compulsory heterosexuality and lesbian existence. *Signs*, v. 5, n. 4, pp. 631–660, 1980.
- SARTI, Cintia Andersen. A família como ordem moral. *Cadernos de Pesquisa*, n. 91, pp. 46–53, nov. 1994.
- SCHNEIDER, David M. *American kinship: a cultural account*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1968.
- _____. The power of culture: notes on some aspects of gay and lesbian kinship in America Today. *Cultural Anthropology*, v. 12, n. 2, pp. 270–278, may 1997.
- SOUZA, Érica R. *E-moms – na era da maternidade cyborg*. Trabalho traduzido para o inglês e apresentado no evento *Mothering, law, politics and public policy*. Toronto, Canadá : York University, 2002.
- _____. *Necessidade de filhos: família, gênero e (homo)sexualidade*. 242f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, Campinas, 2005.

STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães. *Revista de Estudos Feministas*, ano 3, n. 2, p. 303–329, 1995.

WEINER, Annette. *Women of value, men of renown*. Austin: Texas Univ. Press, 1976.

WESTON, Kath. *Families we choose: lesbians, gays, kinship*. New York: Columbia Univ. Press, 1991.

Notas

¹Este texto é parte (revisada e alterada) do capítulo 3 da minha tese de doutorado: SOUZA, Érica R. *Necessidade de filhos: família, gênero e (homo)sexualidade*. 242f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, Campinas, 2005.

²Doutora em Ciências Sociais pela Unicamp. Atualmente é docente da PUC-Campinas. E-mail: e_souza@uol.com.br.

³Mantere o termo *parents*, em inglês, dada a sua neutralidade de gênero que me permite usá-lo para referir-me a diferentes arranjos de parentalidade, independentemente do gênero.

⁴Os termos utilizados no contexto canadense são *non-monogamous*, *non-monogamist* e *non-monogamy*, que aqui serão traduzidos como “não-monogâmicos” e “não-monogamia”. Os termos *polygamous* e *poligamy* também existem, mas não são utilizados pelo discurso das políticas identitárias. Fumia (1999), outra pesquisadora canadense sobre a maternidade lésbica, também apresenta as relações não-monogâmicas como uma variante encontrada por sua pesquisa.

⁵Concepção também compartilhada por David Schneider (1997).

⁶Os nomes das entrevistadas canadenses e de seus filhos são verdadeiros e sua divulgação foi previamente autorizada.

⁷“I was one of those kids: I played with Barbies, I believed in fairy tales, I wanted to grow up, get married and have kids — that was my life dream. Despite how supportive and it didn't matter which way we went, they were still surprised when I come out of the closet and the only thing that any of my parents did, in terms of having expectations, and I don't think it was done in a... I don't think they realized they were doing it, but they definitely left me with this thought that, or the desire that... any expectation that my role as a female included kids, that I should be having kids when I grew up. So I always grew up expecting that I was going to be a mom.” [Todas as falas citadas foram retiradas de entrevistas gravadas e transcritas].

⁸Esse pressuposto aparece explicitamente numa breve pesquisa que realizei na Internet sobre um dos filões do mercado da reprodução humana associado às Novas Tecnologias Reprodutivas. É recorrente nos anúncios das mulheres, sejam as que oferecem ou as que, juntamente com os maridos, procuram barrigas de aluguel, o discurso de que querem oferecer ao homem ou marido a oportunidade de ter um filho “natural” (Souza, 2002).

Como sugere Schneider (1968), a combinação sangue e lei é a condição para se manter a construção do parentesco “legítimo”, “natural”.

⁹ Uma ampla discussão sobre as expectativas sociais para o gênero feminino no que se refere à articulação entre maternagem, cuidado e educação foi desenvolvida por Carvalho (1999).

¹⁰ Não há um termo apropriado para se traduzir essa expressão, que se refere à mãe que opta por ficar em casa a fim de se dedicar exclusivamente à educação dos filhos.

¹¹ *We had situations where at the daycare some of the teachers have said to Kyle — they were trying to be supportive though — ‘Oh, and you’ve got two mommies!’. And Kyle said ‘No, I don’t. I have a mommy and a momma. It’s different! It’s not two mommies!’*”

¹² “The idea came to us because there are so many groups for wanna-be gay parents already. And the groups for gay parents don’t include the kids and are usually low membership since it’s hard to get a babysitter and attend on weeknights. And then there are the lesbian moms groups that do include the kids, but don’t allow the gay fathers and therefore what about the kids who have gay fathers? Luckily our focus is on the kids and not the parents. And the membership has turned out to be 50% gay fathers with their kids... what’s interesting to see is that all the lesbian moms in our group have daughters and have gone the anonymous donor route. All the fathers have sons and have adopted. Cynthia, David and myself are the only 3-parenting unit with a known donor and the lesbians naturally having had a boy”.

¹³ “I didn’t want to get pregnant, I didn’t want... you know... I mean, getting pregnant would be... but you know, the whole concept that you know. The donor insemination, I didn’t care about it, that didn’t freak me out but... you know... but carrying a child... like I didn’t ever imagine carrying a child or even the birthing thing. Do you know what I am saying? [...] I mean, I consider myself not incredibly butch but, you know, a little too butch to have babies. [...] I shouldn’t be there, you know... I did not look pregnant, I didn’t act pregnant, I didn’t want maternity wear or anything like that.”

¹⁴ “Julie had more involvement in Harriet’s daily upbringing.... I was working.”

¹⁵ *“I don’t unders... say that I am a lesbian, I don’t... my pure sexuality I would say it’s bisexual but that seems to carry a lot of politics with it. And it keeps... it goes like: you’ve been with a women for 13 years and you have no intention of not being with her... So I call myself a lesbian but sexually I could go other way.”*

¹⁶ “I always thought that I would have children. I always wanted to be pregnant and see what was like the experience, to experience of birth.”

¹⁷ “I would love to have more children, but I am not bearing them... I am not bearing them, so wheter by adoption or by birth, that decision is not mine. I never wanted to bear children, I always wanted to parent children. I never saw myself pregnant.”

¹⁸ Essa é a primeira vez que uma relação não-monogâmica aparece na pesquisa e, ainda assim, aparece num caso em que não há filhos envolvidos. Epstein (op. cit.) sugere que

as mães lésbicas canadenses há tempos têm desconstruído estereótipos e cita a não-monogamia como uma das práticas responsáveis por isso. Ainda que o lugar das práticas não-monogâmicas fosse muito bem aceito no cenário GLBT de Toronto, contando com grupos de apoio e discussão do tema a fim de fortalecer o reconhecimento desses tipos de relação, dentre todas as mães lésbicas que entrevistei ou apenas conversei, a monogamia aparecia como um valor fixo que se apresentava como uma “escolha” de um tipo de relacionamento. Quando começaram a namorar, Linda perguntou a Nadja: “Você quer ficar comigo? Você quer ser monogâmica?” (“Do you wanna be together? Do you wanna be monogamist?”).

¹⁹ “It’s equally as it can be. I work full time outside the home, she works full time inside the home, so I would say that at home she does it more.”

²⁰ “Again as equally as possible, because I work outside the home, I don’t participate in the nine to five of it, so I would say she does more of that.”

²¹ Assim como Paul Rabinow analisa o aspecto eugênico das NTR, o que foi por mim discutido no *paper E-moms: a era da maternidade cyborg* (Souza, 2002): as NTR oferecem a oportunidade de seleção étnica, racial, de gênero e de exclusão de potenciais doenças. Dessa forma, nesse novo “mercado”, as mulheres que mais se aproximam do “ideal” da mulher branca e saudável são as mais valorizadas (o que significa que são as que recebem uma quantia maior de dinheiro) nas negociações de barrigas de aluguel e venda de óvulos. Quanto mais a mulher se distancia desse “ideal”, menor será o seu valor de mercado, e o mesmo se aplica aos homens doadores de sêmen.

²² “This way most people will say ‘oh they look just like you’”.

²³ “I had the option of not adopting, they would still be my children, but then they would not have my name and I wanted them to be mine. So if something happens, medically, or anything... If for any reason something happens, they are mine.”

²⁴ Esta é a única informante que não é branca, pois tem origem tailandesa.

²⁵ Considerando que David foi o escolhido, dentre o casal de *gays*, para ser o doador pelo fato de ser o mais novo, cria-se uma configuração que utiliza critérios opostos para homens e mulheres. Contudo, há um outro fator que pode alterar essa configuração: o “direito” à parentalidade. No caso de David, Clark foi uma opção descartada porque, além de ser mais velho, já era pai. Da mesma forma, como na minha pesquisa anterior já mencionada (Souza, 2002), o discurso do “direito” à parentalidade “natural” aparece como uma forte referência. Nesse sentido, sugiro que a “escolha” daquela que vai engravidar e daquele que será o doador depende de um jogo entre o marcador da idade (marcado pelo gênero) e a crença num “direito” à parentalidade biogenética.

²⁶ Lembremos que a profissão mais associada ao **cuidado** e à maternagem é a de professora (Carvalho, 1999) e que a professora que leciona para crianças nos seus primeiros anos de vida ganha o *status* de “tia”.

²⁷ Sobre a discussão entre maternidade e maternagem, ver Carvalho (1999).

²⁸ Origem do termo “nascimento virgem” (*virgin birth*) (Weiner, 1976).

²⁹ Sarti (1994) identificou que, entre as famílias pobres paulistanas, o cuidado e a educação de uma criança geralmente se dá por várias pessoas — familiares, parentes, vizinhos ou amigos —, enquanto a noção de família é definida por um eixo moral. Dessa forma, uma criança pode chamar várias mulheres de “mãe”. Utilizando o termo de Strathern, várias “mães substitutas” são identificadas e assim denominadas. No entanto, fazendo referência ao trabalho de Cláudia Fonseca (*Mãe é quem criou, mãe é uma só*: circulação de crianças nas classes trabalhadoras. Porto Alegre, UFRGS, s/d., mimeo), Sarti salienta que, apesar dessas práticas, o fator biológico é preponderante para reconhecer o *status* da “verdadeira mãe”.

³⁰ Butler (2003) desenvolve uma discussão muito próxima a essa de Strathern, na qual, inclusive, cita os trabalhos de Schneider e Strathern e escreve que, de acordo com a “lei simbólica fundadora e disseminada” da heterossexualidade, “aqueles que entram nos termos do parentesco como não-heterossexuais só farão sentido se assumirem o papel de Mãe ou o papel de Pai” (p. 251).



NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS CONCEPTIVAS: 11 PROBLEMATIZANDO A COMUNICAÇÃO SOBRE RISCOS

Vera Sonia Mincoff Menegon¹

Mary Jane Paris Spink²

A contribuição que trazemos para o debate *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*, enfocando legislação e políticas públicas, fundamenta-se no campo da Psicologia Social da Saúde, que se caracteriza pelo diálogo interdisciplinar. O objetivo desta reflexão é problematizar a comunicação sobre riscos no campo das Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas. Entendemos que é importante trazer essa questão para o nosso debate, pois um dos pontos reiteradamente enfatizados, no que se refere às novas tecnologias, é a necessidade de se conhecer e compreender os riscos envolvidos, seja eles físicos, seja eles psicossociais, de âmbito individual ou coletivo.

Para tanto, apoiamo-nos em duas fontes principais: 1) na pesquisa documental sobre os termos de consentimento informado no campo da Reprodução Humana Assistida, realizada para a tese de doutorado em Psicologia Social, que foi defendida na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), em 2003 (Menegon, 2006); 2) nas pesquisas realizadas sobre o conceito de risco e o uso da linguagem dos riscos como estratégia de governamentalidade (Spink, 2000b; 2001; 2002; 2004; Spink & Menegon, 2005; Spink et al., no prelo).

Algumas considerações introdutórias

Após 22 anos após o nascimento do primeiro bebê brasileiro concebido em laboratório, a Reprodução Humana Assistida continua palco de debates e controvérsias, tanto no Brasil como no exterior. Estudos em Antropologia

(Franklin, 1997) e em Filosofia, Ética e Bioética (Chadwick, 2001) mostram que transformações radicais já ocorreram no campo reprodutivo, pois as normas e os limites da concepção humana foram redefinidos com base nas técnicas de Reprodução Humana Assistida. A importância desse campo, entretanto, não se resume à oferta de novas tecnologias, uma vez que seu potencial de transformação repousa, também, na constituição de outras demandas por um bebê, conforme discute a bioeticista Ruth Chadwick (1992).

A demanda mais tradicional é ter um bebê. Incluídos nesse grupo, estão os casos clássicos de infertilidade que ocorrem nas relações entre homens e mulheres, os casos representados por casais do mesmo sexo e os de pessoas solteiras. Incluídas nesse grupo, estão, ainda, pessoas que se submetem a algum tipo de quimioterapia e mulheres que já passaram pela menopausa e *decidem* ter um filho, estendendo, assim, os limites da idade de procriação.

A segunda demanda é ter um bebê de determinada qualidade; por conseguinte, o que está em jogo não é apenas ter um bebê, mas a qualidade desse bebê. Nesse grupo, incluem-se pessoas que procuram essas técnicas por serem portadoras de doenças genéticas, e, mais recentemente, a demanda de portadores do vírus HIV ou que já tenham desenvolvido a Aids. Essa demanda é oficialmente reconhecida pelo Ministério de Saúde, em sua Portaria nº 426/GM, de março de 2005, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (Brasil, 2005). Categorizadas na demanda por um bebê de determinada qualidade, mas provocando maior controvérsia, estão, também, pessoas que buscam essas técnicas visando à seleção do sexo do bebê que desejam ter. As demandas que se inscrevem na ordem da qualidade de um bebê devem ser exaustivamente debatidas, pois incluem questões sexistas e eugênicas.

Subjacente às demandas por bebês, Chadwick (1992) argumenta que existem várias dimensões de desejo que podem se entrelaçar ou não: o desejo de criar um filho ou uma filha – esse desejo também pode ser realizado com a adoção; o desejo de carregar no ventre e dar à luz um bebê, podendo ser realizado também com o uso de material genético de terceiros; o desejo de ter um bebê com a carga genética dos pais, que nos remete à antiga expressão “sangue do meu sangue”; o desejo de ter um bebê

com determinada pessoa; o desejo de ter um herdeiro para os bens. Enfim, as demandas por bebês são movidas por desejos variados, engendrados em processos socialmente construídos, que apresentam diferentes graus de valoração sociocultural.

Quem viabiliza ou não esses desejos? Viabilizar esses desejos e ter acesso a eles, por meio da Reprodução Humana Assistida, além da complexidade técnica e psicossocial, estão diretamente relacionados às legislações e políticas públicas de cada país, que, por sua vez, dependem de padrões éticos locais e globais e de fatores econômicos, pois, fora o reduzido número de serviços públicos, os planos de saúde não cobrem esse tipo de assistência. A Reprodução Humana Assistida, portanto, não é uma alternativa simples para a procriação e depende de uma rede de atenção de média e alta complexidade. Os riscos envolvidos não se relacionam apenas à complexidade de procedimentos técnicos, às taxas de sucesso e ao seu alto custo financeiro, porquanto dizem respeito, também, ao sofrimento emocional e aos processos subjetivos, tanto individuais como coletivos.

Em resumo, ficamos com a certeza de que essas técnicas não somente trouxeram transformações de impacto, mas também a incerteza de como lidar com tecnologias que carregam o potencial de mudança, tanto da natureza como das relações humanas. Tomando como base a literatura consultada, observamos ser consenso afirmar que a Reprodução Humana Assistida, que se insere no campo das Novas Tecnologias Reprodutivas, significa uma relevante conquista, pois possibilita que muitas pessoas realizem o sonho de se tornarem mães e pais.

Todavia, não é consenso afirmar que o desenvolvimento e o uso dessas técnicas geram problemas complexos e riscos fabricados, nem sempre conhecidos e passíveis de controle e que nos colocam no campo da imponderabilidade. Além das questões apontadas anteriormente, podemos citar as controvérsias entre os próprios especialistas da área Biomédica, como, por exemplo, sobre o uso da técnica ICSI (injeção de espermatozóide no citoplasma do óvulo), em que se discutem riscos agora já conhecidos, como é o caso da transmissão de infertilidade masculina, servindo de alerta para a imponderabilidade de outros riscos (Hallak, 2001). Um outro exemplo é a controvérsia em torno do número de embriões a serem transferidos e a conseqüente necessidade de recorrer à redução embrionária que, no Brasil, oficialmente, não é permitida, exceto em casos

específicos (Menegon, 2006). Em síntese, a discussão acerca das incertezas que envolvem futuras gerações não pertence à esfera individual e nem à lógica de mercado. Seria ingênuo e reducionista delegar a responsabilidade por esse debate às pessoas que desenvolvem e oferecem novas técnicas e às pessoas que buscam esses serviços, seja homens, seja mulheres.

Como demonstra o Seminário Latino-americano *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*, a responsabilidade pela legislação e formulação de políticas públicas envolve uma extensa rede de atores sociais, que ultrapassa as pessoas diretamente envolvidas: órgãos fiscalizadores e legislativos, comitês de Ética e de *Bioética*, universidades que desenvolvem pesquisas (seja técnicas, seja psicossociais), organizações não-governamentais e movimentos sociais. Enfim, o debate democrático refere-se ao conjunto representativo de pessoas da sociedade civil que, em última instância, garante o consentimento coletivo para diferentes práticas e relações sociais, conferindo legitimidade aos consentimentos e às escolhas realizadas no âmbito individual.

Entendemos que o debate sobre legislação e políticas públicas para o campo das Novas Tecnologias Reprodutivas passa, obrigatoriamente, pelo entrelaçamento e pela tensão que se estabelece entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos, com toda a complexidade dos sentidos aí implicados.

Entrelaçamento e tensão: a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos

A linguagem dos direitos é alimentada por diferentes campos de saber, principalmente pelo diálogo entre Direito e Filosofia, em especial os campos da Moral, da Ética e da Bioética, transitando pelos direitos legais e morais que, por sua vez, se desdobram em direitos humanos, civis e do consumidor. Desse diálogo destaca-se a noção de autonomia, que, nas relações cotidianas, traduz-se de maneiras variadas – liberdade de escolha, privacidade, voluntariado, escolha própria, poder de tomar decisão, responsabilidade, autocontrole, auto-suficiência, autodeterminação, autogoverno, intencionalidade, compreensão –, sem controle externo (Faden & Beauchamp, 1986).

Segundo Norberto Bobbio (1992, p. 9), “apesar de inúmeras tentativas de análise definitiva, a linguagem dos direitos permanece bastante

ambígua, pouco rigorosa e freqüentemente usada de modo retórico”. Para esse autor, é necessário considerar a dinâmica histórica das lutas em defesa de novas liberdades, sendo possível falar de direitos de primeira, segunda, terceira e quarta gerações. Tomando como parâmetro sua proposição, podemos dizer que a linguagem dos direitos, aplicada às Novas Tecnologias Reprodutivas, é formada por repertórios produzidos nos diferentes estágios de direitos.

O referido autor (1992, p. 6) ainda acrescenta que, na primeira geração, encontram-se alguns direitos que garantem liberdades consideradas fundamentais – os direitos humanos, representados pelo direito de a pessoa não ser oprimida nem explorada. Os de segunda geração são os chamados direitos sociais: direito ao trabalho, à instrução, à saúde (portanto, à saúde reprodutiva), ao amparo na invalidez e velhice, etc. Os direitos classificados como de terceira geração, ainda vagos em sua definição, incluem “direitos de solidariedade, ao desenvolvimento, à paz internacional, a um ambiente protegido, à comunicação”, etc. Os direitos de quarta geração incluem possíveis efeitos traumáticos da pesquisa biotecnológica, dentre os quais as “manipulações do patrimônio genético de cada indivíduo”, assim como de outras formas de vida, vegetal e animal.

A linguagem dos direitos nos fala, pois, de direitos e deveres, que se traduzem em obrigações, responsabilidades, acordos, contratos e compromissos que demandam regulamentações e políticas públicas. Na interseção entre direitos e deveres, a linguagem dos riscos ocupa lugar de destaque – principalmente se considerarmos o sonho racionalista de cálculo objetivo de risco –, traduzindo-se em um conjunto de abordagens técnicas, que evidenciam a profissionalização do “estudo científico de risco” após os anos de 1950, que se caracteriza pela aceleração tecnológica e biotecnológica.

Em nosso cotidiano, entretanto, nossas escolhas diárias são perpassadas por uma noção mais volátil de *risco*, ou seja, risco pode assumir diferentes sentidos, com conotações negativas ou positivas, dependendo da situação vivida. Castiel (1999, p. 66) afirma que “[...] se pode haver uma certeza estabelecida acerca das verdades sobre os *riscos*, é a de que estas são relativas”. Assim, em nossas relações, muitas vezes, o sentido que atribuímos a *risco* pode ser “a possibilidade de perda de algo que tem valor para nós” (Spink, 2000b, p. 170).

No entanto, por mais plural e inconstante que sejam os sentidos possíveis de serem atribuídos a *risco*, há uma constância de significado quando se pensa a noção de *risco* como uma possibilidade de prever e de controlar o futuro. Essa constância tem, em sua matriz, o mundo econômico das trocas e das apólices de seguros, a área dos esportes radicais e o campo biomédico. Nessas esferas, a linguagem dos riscos exibe a permanência de repertórios típicos, como cálculo, probabilidade e possibilidade (Adam & Van Loon, 2000), glossário ampliado com outros vocábulos, como índices, taxas, porcentagens de sucesso, de chance, de danos, de falhas, de insucesso, entre outros.

Na perspectiva teórica sobre práticas discursivas e produção de sentidos (Spink, 2004) com a qual trabalhamos, a linguagem dos riscos é compreendida como uma linguagem social que permite falar da aspiração de governo e do controle futuro de riscos, num jogo entre eventos passados e projeções futuras, agregando repertórios e sentidos produzidos em campos de saberes específicos (Spink & Menegon, 2005). Todavia, na complexidade das interações cotidianas, os glossários se libertam das amarras estruturais, tornando-se repertórios disponíveis para dar sentidos às nossas experiências (Spink et al., no prelo b).

Entendemos que é esse sentido de controle do futuro que alimenta as práticas discursivas sobre riscos, direcionadas à gestão de riscos, que formatam e sustentam estratégias de organização social, conforme postula o sociólogo alemão Ulrich Beck (1993, 2000) em suas discussões sobre modernidade reflexiva ou sociedade de risco. Assim, quando adentramos o campo das legislações e das políticas públicas, estamos discutindo estratégias de governamentalidade, entendidas como deliberações, táticas e dispositivos que compõem uma rede de gestão complexa e fluida (Foucault, 1995)³. Segundo Nikolas Rose (2001), quando essas estratégias são destinadas à gestão da vida, podem ser mais bem compreendidas como estratégias biopolíticas, pois estão diretamente ligadas aos avanços das ciências da vida e suas tecnologias. Conforme veremos mais adiante, a comunicação sobre os riscos envolvidos nas Novas Tecnologias Reprodutivas é uma dessas estratégias biopolíticas.

No que se refere à gestão da vida por meio da comunicação sobre riscos, se considerarmos as diferentes matrizes da linguagem dos riscos, é possível determinar três tradições discursivas e distintas entre si: 1) a

fala de senso comum sobre perigos – risco–perigo; 2) a perspectiva do controle e da disciplina, que nos remete a *risco como probabilidade* voltada à *disciplinarização*, seja *na gestão de coletivos* (saúde, tecnologia, meio ambiente), seja na *disciplina* dos corpos – risco–probabilidade; 3) a perspectiva da aventura, em que *risco como probabilidade* aproxima o mundo da economia e dos esportes (Spink, 2000a, 2001; Spink et al., 2004; Spink et al., no prelo a; Spink et al., no prelo b).

A primeira tradição, risco–perigo, é anterior à própria palavra *risco* e, portanto, à conceituação de *risco* como probabilidade. Em geral, aplica-se aos infortúnios imprevisíveis que fogem das possibilidades de cálculos. Apesar de as análises de risco raramente considerarem essa tradição, as análises discursivas sobre os modos de falar sobre risco no cotidiano mostram o quanto essa tradição está pulverizada nas diferentes formas de comunicação. Os repertórios mais representativos dessa tradição de risco–perigo no senso comum são os seguintes: ameaça, perda, sorte, perigo, azar, fortuna, fatalidade, obstáculo, ventura e destino (Spink et al., no prelo b).

A segunda tradição, risco–probabilidade, nos remete aos discursos sobre riscos como estratégias de governamentalidade. Uma dessas estratégias é o governo de coletivos ou de populações, que referenda o gerenciamento de espaços e a distribuição e o movimento de pessoas. Nessa tradição disciplinar, a metáfora utilizada é *estar em risco* (Spink, 2000 b). A outra estratégia dessa tradição de risco–probabilidade é a disciplina dos corpos. Nesse caso, o foco desloca-se para a *vida privada das pessoas*, em que a educação em saúde é sua estratégia central. Segundo Foucault (1995), no final do século XIX, a estratégia disciplinar de corpos centrava-se em aspectos como higiene pessoal, higiene do lar e higiene moral. Já no século XX, com a monitoração de doenças infecciosas, a melhoria das condições sociais, o aumento da expectativa de vida e a convivência com doenças crônicas, definiram-se novos padrões de controle. Um estilo de vida saudável é representativo dessa proposta de cuidar da saúde, cujas metáforas utilizadas são *correr riscos* ou *evitar riscos* (Spink, 2000b). A tradição risco–probabilidade, como estratégia de disciplinarização de população e de pessoas, tem conotação negativa e é caracterizada pelos seguintes repertórios: risco, aposta, chance, seguro, probabilidade, prevenir, arriscar (Spink et al., no prelo b).

A terceira tradição discursiva herda a positividade da aventura e aproxima os campos da Economia e dos Esportes. A tradição risco–aventura apresenta especificidades discursivas no que se referem à lógica de governamentalidade. Na Economia, convivem repertórios de risco–probabilidade e risco–aventura, em que *correr riscos* tem o sentido de uma prática que é necessária para obter ganhos. Postula-se, todavia, que se deve correr riscos com o respaldo de taxas probabilísticas. Assim, repertórios típicos da esfera da aventura são apropriados pela Economia, adquirindo sentidos específicos no seu uso, como: coragem, adrenalina, ousadia, medo e, até mesmo, o risco de falência ou de síncope cardíaca (Spink, 2001). Na abordagem sobre riscos na Economia, o que conta é a satisfação ou descontentamento com uma ação ou transação comercial. Ou seja, a partir de um leque de opções, é a satisfação pessoal que faz oscilar o pêndulo entre riscos e benefícios (Renn, 1992).

Já no campo dos Esportes, o fato de certas práticas radicais dependerem de regras e de equipamentos de segurança demonstra que correr riscos, apesar de necessário, está sujeito a estratégias de governo. Isso não ocorre com aventuras radicais, que dispensam resgate, caso algo saia errado (Spink et al., 2004). As peculiaridades discursivas da tradição aventura (considerando, aqui, o mundo dos negócios e dos esportes) mostram a necessidade de se reconhecer que as teorizações sobre risco precisam incorporar o sentido do *risco desejado* (Machlis & Rosa, 1990). Na tradição risco–aventura, a metáfora é *correr o risco desejado*, sendo caracterizada por repertórios como aventura, adrenalina, emoção, radical, extremo, desafio e ousadia (Spink et al., no prelo b).

Correr riscos constitui-se numa das metáforas mais fortes que emergiu da área da Saúde, quando se trata de enfrentar riscos e caracteriza a reorganização no cuidado com a saúde, gerando novas práticas discursivas sobre gerenciamento de riscos considerados nocivos a esta. O estilo de vida como forma de autocontrole e autogerenciamento é a face mais famosa dessa resignificação. Pressupõe que a pessoa controle sua saúde, exerça poder de escolha e tome decisões nessa arena, sempre sob o monitoramento de um especialista (Spink, 2000b).

Essa reordenação no cuidado com a saúde exhibe vínculos de poder e de controle, em que a educação continuada é parte intrínseca dessas relações. Pressupõe treinamento e avaliação ininterruptos, fazendo da vida um

eterno aprendizado. Nessa vida aprendiz, privilegiam-se aspectos como incentivo ao consumo, busca incessante de melhoria, monitoramento constante da saúde e gerenciamento sem fim de possíveis riscos. Nessa racionalidade, a pessoa é responsável pelo controle dos riscos à sua *saúde* e por evitar o que se elege como risco (dano) a esta (Rose, 2001). Correr esse tipo de risco é sinal de irresponsabilidade, e o benefício está sempre associado ao evitar os riscos.

Entretanto, em várias situações, como, por exemplo, em casos de cirurgia, principalmente as indicadas para doenças graves, não se trata de evitar riscos, mas de *pesar* o possível benefício a ser ganho ao se decidir *correr* possíveis *riscos* presentes nesse procedimento.

Essa racionalidade, porém, não se aplica apenas às situações-limite. Fazer parte de uma cultura permeada pela linguagem dos riscos significa estar sempre decidindo se vale a pena correr este ou aquele risco (Lupton, 1999). Por exemplo, decidir ter um filho, em que pesem os diferentes graus e qualidade de possíveis riscos, é utilizar a metáfora *correr risco*, caso a decisão seja engravidar. Na área materno-infantil, segundo Augusta Alvarenga (1984), a noção de risco como inerente à gravidez foi incorporada às práticas de saúde, na década de 1950. No caso da Reprodução Humana Assistida, a força inscrita na metáfora *correr riscos*, para realizar o desejo de ter um bebê, adquire maior potência e exibe a força de um risco desejado, aproximando-se da noção de risco no campo da economia e dos esportes, cujo pêndulo do risco-benefício está na satisfação pessoal.

Nosso argumento é que a comunicação sobre os riscos na área da saúde é uma estratégia biopolítica, que expressa o entrelaçamento e a tensão entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos. Essa estratégia passou a mediar as relações entre os profissionais e as pessoas que buscam os serviços de saúde. Os profissionais têm o dever e a responsabilidade de comunicar os riscos envolvidos nos procedimentos indicados e os/as consumidores/as, por sua vez, têm o direito de conhecer previamente os riscos a que estarão expostos, para que possam decidir por este ou aquele procedimento. Logo, estamos diante da gestão da vida por meio da prática da comunicação sobre riscos.

Para problematizar como essa questão tem sido tratada no campo da Reprodução Humana Assistida, primeiro situaremos brevemente a atual

legislação brasileira e, em seguida, discutiremos as estratégias que são utilizadas para comunicar os possíveis riscos.

Legislação e políticas públicas para Reprodução Humana Assistida no Brasil

Até o presente, além do Código de Ética Médica dos Conselhos de Medicina do Brasil, homologado pela Resolução CFM nº 1.246/88, as Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas, de forma específica, são referendadas pelas normas éticas estabelecidas pela Resolução CFM nº 1.358/92 (Brasil, 1992). Além dessa resolução, há a Lei Federal nº 8.974/95 (Brasil, 1995), também associada ao campo da Reprodução Humana Assistida, uma vez que regulamenta situações como clonagem humana, manipulação genética de células reprodutivas e experiências com embriões (Guilhem & Prado, 2001).

O que temos de mais recente é a resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – RDC nº 33, de 17 de fevereiro de 2006 –, que aprova o regulamento técnico para o funcionamento dos bancos de células e tecidos germinativos (Brasil, 2006).

Atualmente, tramitam pelo Senado Federal dois projetos de lei, o Projeto de Lei nº 00054/02 (antigo 3.638/93) e o Projeto de Lei nº 01184/03 (antigo 00090/99). O primeiro foi proposto na Câmara dos Deputados, em março de 1993, pelo deputado federal Luiz Moreira (PTB/BA) e constitui uma réplica da Resolução CFM nº 1.358/92, atualmente em vigor. Esse projeto institui normas para a utilização de técnicas de Reprodução Assistida, que incluem as questões relativas à Fertilização *In Vitro*, Inseminação Artificial e barriga de aluguel (gestação de substituição ou doação temporária do útero) (CFEMEA, 2006).

O segundo projeto, proposto originalmente em 1999 pelo senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE), também dispõe sobre a Reprodução Assistida, contudo se mostra mais restritivo, pois proíbe a gestação de substituição (barriga de aluguel) e os experimentos de clonagem radical (CFEMEA, 2006)⁴.

No início do texto, discutimos que o acesso e a viabilização para ter filhos, por meio da Reprodução Humana Assistida, além da complexidade técnica e psicossocial, estão diretamente relacionados às legislações e políticas públicas de cada país. No que se refere à legislação específica, continuamos no estágio da tramitação pelo Congresso Nacional, desde

1993. Já com relação às políticas públicas que possibilitam o acesso aos serviços na esfera da saúde pública, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 426/GM, de 22 de março de 2005, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (Brasil, 2005). Essa política, entretanto, ainda não está implantada de fato.

Com um breve mapeamento sobre a regulamentação desse campo no Brasil, constatamos que após 22 anos de nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro (Ana Paula, outubro de 1984), o exercício das Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas continua sem regulamentação específica que tenha força de lei. Na verdade, até recentemente, não tínhamos nem registro oficial do número de clínicas que ofereciam essas técnicas de Reprodução Assistida. Foi somente no *V Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida*, realizado em agosto de 2001, que se anunciou o primeiro cadastro voluntário de clínicas dessa especialidade. Na ocasião, os números apresentados foram: 107 clínicas cadastradas, em 16 estados brasileiros – 52% no Estado de São Paulo, das quais 51% na Grande São Paulo (Menegon, 2006). Atualmente, há 117 clínicas oficialmente cadastradas, distribuídas por 18 estados brasileiros (SBRA, 2006). Obviamente, esse número refere-se quase que exclusivamente às clínicas privadas, uma vez que os serviços públicos são muito reduzidos, e a possibilidade de mudança desse quadro ainda está circunscrita à Portaria de 2005, que institui essa prática no SUS.

Com relação ao foco de nossa reflexão, a comunicação sobre os riscos que possam estar envolvidos nessa tecnologia, ao considerarmos as propostas de regulamentação, o espaço reservado para essa comunicação é o consentimento informado, que consta como obrigatório tanto na resolução atualmente em vigor como nos projetos de lei que tramitam pelo Congresso Nacional.

Como veremos a seguir, a prática social do consentimento informado não está livre de controvérsias, a começar por sua nomeação. Para os chamados procedimentos clínicos de rotina, o termo mais utilizado é consentimento informado (Menegon, 2006); para os procedimentos que envolvem pesquisa, o termo recomendado é *Consentimento Livre e Esclarecido*, referendado pela Resolução do CNS nº 196/96, que estabelece as diretrizes para pesquisas com seres humanos (Brasil, 1996).

Algumas considerações sobre o consentimento informado

Apesar de traços mais antigos, a prática de informar para obter consentimento é relativamente recente na rotina dos serviços de saúde. Sua trajetória mostra o entrelaçamento entre os campos biomédico, jurídico-legal e filosófico, apresentando, em sua matriz, reflexões éticas sobre direitos e deveres de pacientes e profissionais.

Tomando como parâmetro a revisão da literatura sobre a prática do consentimento, destacamos três conjuntos de elementos que formam a matriz dos termos de consentimento, no que se refere à ética prescritiva, geralmente referendada por assinaturas de documentos (Menegon, 2006).

No primeiro conjunto, estão os processos jurídico-legais, instaurados por erro e negligência médica, ocorridos nos Estados Unidos a partir do início do século XX. Esses processos subsidiaram reflexões no campo da ética médica sobre os direitos dos pacientes e a necessidade de defesa dos médicos envolvidos, resultando em publicações de artigos, livros e outros documentos acadêmicos (Faden & Beauchamp, 1986). Data desses processos a recomendação de comunicar, previamente, os riscos envolvidos no tratamento, com o objetivo explícito de evitar indenizações financeiras – não se tratava de comunicar riscos para evitá-los ou mesmo minimizá-los. Origina-se daí o termo *consentimento informado* (*informed consent*) (Menegon, 2006).

O segundo conjunto é formado por situações que compõem a matriz das discussões sobre ética em pesquisa com seres humanos: o julgamento de Nüremberg, realizado na Alemanha no final de 1946, com a concomitante formulação do Código de Nüremberg. Apesar de a finalidade primeira do código ter sido o estabelecimento de regras para julgar atrocidades cometidas em nome da ciência, estabeleceu, também, “que era indispensável ter o consentimento do participante de pesquisa clínica”, utilizando-se a expressão *consentimento voluntário do paciente* (Vieira & Hossne, 1998, p. 37). Após esse código, há uma proliferação de documentos e de publicações que contêm denúncias de abusos e estudos sobre ética em pesquisa (Faden & Beauchamp, 1986). A partir de 1964, a Declaração de Helsinque (com suas várias atualizações) passa a propagar a prática do consentimento para diferentes esferas da saúde, com ressonâncias nos códigos de ética, nas resoluções e nas leis locais.

Pela revisão da literatura, fica claro que o Código de Nüremberg serve de marco para o consentimento em pesquisa, enquanto que os procedimentos assistenciais para obter consentimento têm sua trajetória vinculada a processos legais e pagamentos de indenizações (Faden & Beauchamp, 1986; Moreno et al., 1998; Vieira & Hossne, 1998; Clotet et al., 2000; Oliveira & Borges Jr.).

No terceiro conjunto que integra a matriz do consentimento, destacamos a aceleração dos avanços da Biotecnologia moderna na década de 1970, quando se criaram termos como *Engenharia Genética*, *plantas geneticamente modificadas*, *clonagem*, *Fertilização In Vitro*, entre outros. É também na década de 1970 que se organiza o campo da Bioética, apresentando estreita inter-relação com os avanços biotecnológicos (Faden & Beauchamp, 1986).

Em resumo, é a partir da década de 1970 que observamos maior preocupação com políticas e regulamentações nacionais destinadas a controlar as chamadas *novas tecnologias*, regulamentações essas francamente influenciadas tanto por declarações e códigos internacionais como por interesses estratégicos.

Como se expressam Ruth Faden e Tom Beauchamp (1986, p. 92), “tudo explodiu: problemas relacionados com aborto, definição e determinação da morte, eutanásia e prolongamento da vida, o uso de técnicas de controle do comportamento, intervenção genética e tecnologias reprodutivas”. Dessa maneira, além das regulamentações para pesquisa e recomendações em códigos de ética médica para procedimentos de rotina, leis e regulamentações específicas passaram a ser discutidas e promulgadas, visando ao gerenciamento de tratamentos e procedimentos específicos, seja por suscitarem controvérsias culturais e religiosas, seja pelo temor de riscos e de incertezas, normalmente associados ao desenvolvimento científico e às suas novas tecnologias.

A Reprodução Assistida é regulamentada em vários países. No caso do Reino Unido, por exemplo, a legislação tem força de lei e consta do Código de Prática (HFEA, 1998); no Brasil, como discutimos anteriormente, há apenas a Resolução CFM nº 1.358/92, sem força de lei.

Em que pesem controvérsias de vários matizes, as legislações incluem a obrigatoriedade de se obter um consentimento por escrito, com a finalidade de assegurar a observância de uma ética prescritiva, o que, obviamente,

não implica uma ética da responsabilidade, cujo processo de constituição ocorre nas inter-relações dialógicas (Spink, 2000c).

Na literatura consultada, alguns posicionamentos pró-consentimento defendem o aperfeiçoamento desse processo, para que seja realmente livre e esclarecido. Nesse caso, mesmo que apresentem variações nos argumentos, há um discurso subjacente às várias práticas discursivas que expressa o pressuposto de que existe um indivíduo racional e autônomo que, se bem informado, reúne as condições consideradas necessárias para uma decisão válida e consciente (Moreno et al., 1998; Clotet et al., 2000; Reame, 1999; FIGO 2000; Oliveira & Borges, 2000).

Outras posições são *restritivas* à prática *tradicional* do consentimento, levando em conta algumas especificidades. Bobbie Farsides e Heather Draper (2001), referindo-se à Reprodução Humana Assistida, apontam como um dos complicadores o fato de o consentimento abranger dois ou mais pacientes, que pode incluir um possível bebê. A outra restrição vem de Ruth Chadwick e Kare Berg (2001), que discutem a “não aplicabilidade do consentimento informado individual” aos casos de esfera coletiva, como ocorre com informações genéticas e seu processamento em bancos de dados.

Uma outra posição também restritiva, porém mais contundente, é a de Onora O'Neill (2001) que questiona a eficácia do consentimento informado para mediar todas as relações entre profissionais e clientes, tendo em vista o enquadramento de uma medicina cada vez mais complexa, seja por suas sofisticadas técnicas, seja pelos impactos *psicossocioculturais*. Um outro argumento dessa autora, aplicado ao contexto britânico, é que, de um lado, a busca de “responsabilização” (*accountability*) produziu uma “sociedade de auditoria” que vem se caracterizando por uma plethora de requerimentos, cada vez mais onerosos. Por outro lado, para ela, a desconfiança cresce à proporção que crescem as estruturas produzidas para apurar as responsabilidades (O'Neill, 2002).

Outra fonte de tensão que detectamos na revisão da literatura, na área Biomédica, são os limites traçados entre consentimento para pesquisa e para os procedimentos considerados de rotina, em que se questiona a existência de padrões diferenciados no que se refere à obtenção do consentimento (Levine, 1983; Chalmers & Lindley, 2001; Farsides & Draper, 2001).

No caso de tecnologias que recebem regulamentações específicas, como ocorre com a Reprodução Assistida em vários países (que não é

o caso do Brasil), esses limites são menos definidos, uma vez que todos os procedimentos ficam sujeitos às regulamentações estabelecidas, seja terapêuticas já aceitas como de rotina, seja procedimentos experimentais (Farsides & Draper, 2001).

Para Faden e Beauchamp (1986), a principal preocupação moral e legal com participantes de pesquisa está centrada no controle de riscos trazidos pela situação de pesquisa. A preocupação central, portanto, não está na decisão autônoma sobre a participação na pesquisa proposta. Argumentam que as principais metas das políticas dirigidas a pesquisas envolvendo seres humanos são: “controle de riscos trazidos pela situação de pesquisa – uma consideração baseada no princípio de beneficência – e a obtenção do consentimento informado – uma consideração baseada no princípio de autonomia ou autodeterminação” (1986, p. 152). Dessa forma, a minimização de riscos e a obtenção de consentimento tornaram-se aspectos nucleares em pesquisa, envolvendo seres humanos. No caso dos consentimentos para a prática assistencial de rotina, segundo esses autores, a preocupação parece estar apenas em informar os riscos envolvidos, tendo em vista a possibilidade de processo legal.

De maneira geral, o padrão para formulação do consentimento compreende quatro aspectos básicos: informação, compreensão, consentimento e autorização. Os aspectos-chave que compõem o item *informação* referem-se à condição de saúde, ao tratamento proposto, aos tratamentos alternativos (incluindo o não-tratamento) e ao potencial de riscos (danos) e benefícios (Moreno et al., 1998; WHO, 1992; Brasil 1996; HFEA, 1998; FIGO, 2000).

O consentimento informado, conforme a Resolução CFM nº 1.358/92, é documento “obrigatório”, devendo ser utilizado por todos os centros que oferecem serviços de Reprodução Assistida. Entretanto, as “normas éticas para a utilização das técnicas de Reprodução Assistida” são apresentadas “como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos”, não tendo força de lei.

É interessante observar, pelo trecho abaixo transcrito, que a Resolução CFM nº 1.358/92 não utiliza a linguagem dos riscos ao mencionar o consentimento informado.

O consentimento informado será obrigatório e extensivo aos pacientes inférteis e doadores. Os aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente

expostos, assim como os resultados já obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, da paciente ou do casal infértil (Brasil, 1992, Princípios Gerais, item 3).

Acrescenta, ainda, que, em casos de criopreservação de gametas ou embriões, as pessoas envolvidas *devem* expressar sua vontade, *por escrito*, quanto ao destino que será dado aos pré-embriões criopreservados, em caso de divórcio, falecimento, ou se desejarem doá-los.

A linguagem dos riscos aparece em duas situações contidas em duas normas estabelecidas nos Princípios Gerais:

- Princípio geral 2: “As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente”.
- Princípio geral 6: “O número ideal de oócitos e pré-embriões a serem transferidos para a receptora não deve ser superior a quatro, com o intuito de não aumentar os riscos já existentes de multiparidade”.

No Brasil, a formulação do termo de consentimento fica a cargo dos serviços de saúde, e, no caso da Reprodução Assistida, a responsabilidade por sua formulação é dos centros especializados. Não há, por conseguinte, modelos unificados para serem utilizados pelas clínicas.

Conforme veremos a seguir, a análise discursiva realizada em textos de 27 termos de consentimento, formulados por oito clínicas de Reprodução Humana Assistida, localizadas na cidade de São Paulo, que cederam os termos de consentimento para a pesquisa, mostrou que o uso da linguagem dos riscos nos documentos a serem assinados por mulheres e homens que procuram essas técnicas, muitas vezes, serve a propósitos ambíguos (Menegon, 2006).

Consentimentos para Reprodução Humana Assistida: o uso da linguagem dos riscos

A comunicação de possíveis riscos, seus benefícios e alternativas que estejam associados ao emprego de tecnologias na área da Saúde são aspectos relevantes da agenda do que deve ser informado. Essa comunicação,

compreendida como subsídio necessário à tomada de decisão, abrange outra finalidade: a distribuição de responsabilidades. Por exemplo, na abordagem legal do consentimento, o profissional tem o dever de comunicar os riscos e os benefícios envolvidos. Ao cumprir o seu dever, evita o risco de ser cobrado por haver omitido a informação e, ao mesmo tempo, ao informar, teoricamente, a responsabilidade pela decisão e possíveis consequências fica a cargo do/a paciente.

A lógica subjacente à comunicação dos riscos, compreendida como uma maneira pragmática e utilitária de decidir, se compararmos os riscos e os benefícios, aproxima-se da abordagem sobre riscos da Economia, conforme discutimos anteriormente. Nessa abordagem, o denominador comum *satisfação pessoal* é que permite a comparação entre correr os riscos expostos para alcançar o possível benefício. Nessa racionalidade, no caso da Reprodução Humana Assistida, os possíveis riscos comunicados falam de danos, de adversidades e dos obstáculos a serem vencidos; por exemplo, a probabilidade de engravidar é sempre menor do que não engravidar. Entretanto, é a busca pelo benefício de ter um bebê que move as pessoas.

Nos textos dos termos de consentimento que foram analisados na pesquisa documental (Menegon, 2006), esse benefício é informado com repertórios numéricos que fornecem as *probabilidades de sucesso*, *possibilidades de obter uma gravidez*, *taxas de sucesso*, etc. Assim, a taxa de sucesso de uma determinada clínica pode estar ao redor de 35% para obter uma gravidez e 28% para uma gestação a termo. Logo, a probabilidade de não engravidar é de 65% e a da gestação não chegar a termo, de 72%. Já uma outra clínica informa, de maneira genérica, que a possibilidade de engravidar está entre 15% e 52% (o risco de não engravidar fica entre 85% e 48%). O risco de não engravidar não é, todavia, comunicado em porcentagens, mas em expressões, como: *não há garantia*, *não existe certeza*, [a clínica tem] *obrigação de meios e não de resultados*, *a gestação pode não ocorrer*, e a clínica *não se responsabiliza pelo êxito*.

A comunicação de riscos que, teoricamente, são conhecidos faz referências a insucessos, falhas, acidentes e danos. Alguns problemas reportam às causas da não-fertilização, dentre elas: “óvulos e/ou espermatozoides de baixa qualidade”, “insucesso no processo de estimulação ovariana”; outros referem aos danos físicos para a mulher como “reações

aos anestésicos durante a captura dos oócitos”, “síndrome de hiperestímulo ovariano patológico grave”, etc.; outros riscos dizem respeito à gravidez, afetando a mulher, o feto ou bebê, como no caso de gravidez múltipla, classificada em alguns documentos como um *risco inerente*.

A comunicação da gravidez múltipla como risco inerente à Reprodução Humana Assistida mostra a face da ambigüidade presente nos textos analisados. Primeiro, o repertório *risco inerente* naturaliza um risco que é *fabricado* (Giddens, 1998), uma vez que resulta do número de embriões transferidos para a mulher. Segundo, porque *risco* é um termo polissêmico, e essa gravidez pode não ter o sentido de dano para quem procura desesperadamente ter um bebê. A metáfora *correr risco*, nesse caso, nos aproxima dos sentidos atribuídos a risco na Economia e no Esporte, ou seja, um risco desejado.

Digamos que o profissional cumpra seu dever, informando que essa gravidez é de alto risco. Entretanto, mesmo que a mulher compreenda o risco da situação, pela resolução em vigor o profissional não poderia oferecer a técnica de redução multifetal ou embrionária para minimizar esse risco fabricado: a resolução autoriza a transferência de quatro embriões, mas veta o uso da redução embrionária. Compreendida como mal necessário para corrigir uma iatrogenia da tecnologia, a técnica de redução embrionária apresenta controvérsias culturais e religiosas ao ser associada ao aborto, que, no Brasil, continua criminalizado.

Essa situação expõe a ambigüidade da atual regulamentação, visto que impede que se minimizem os riscos fabricados, em decorrência da própria norma, que autoriza a transferência de quatro embriões. Além disso, teoricamente, a mulher teria o direito de decidir enfrentar ou não essa situação, que se configura como um risco desejado para alcançar o benefício de ter um bebê.

Essa questão ficou explícita na reportagem, em comemoração ao dia das mães, feita pelo jornal *Folha de S.Paulo*, em 11 de maio de 2003, com a publicação, na primeira página, da foto de bebês quádruplos, fruto da Fertilização *In Vitro* com a técnica Icsi. Esse casal, principalmente a mulher, deve ter assumido os riscos da gravidez multifetal. Ao constatar o implante de cinco embriões, a clínica ofereceu a redução embrionária. Entretanto, a mulher decidiu correr os riscos implicados, dizendo que a gravidez múltipla “foi sua gratificação e seu bônus”.

Um outro aspecto detectado na análise do texto dos consentimentos é que informar a possibilidade de riscos desconhecidos é também uma forma de gestão, que reforça a ambigüidade da linguagem dos riscos. Dentre os consentimentos analisados, encontramos a informação que diz: “Não obstante, como em todo processo tecnológico novo como é a fertilização assistida, existem riscos ainda não identificados” (Menegon, 2006, p. 364). Essa informação alerta para a imponderabilidade ou mesmo ignorância de possíveis riscos, que são consentidos na assinatura do documento.

O gerenciamento de novas tecnologias agrega repertórios como *risco*, *incerteza*, *ignorância* (no sentido de desconhecido), *indeterminação*, *complexidade*, *discordância* e *ambigüidade*. Para Brian Wynne (2001), falar de *risco* significa que “danos e probabilidades são conhecidos”; falar de *incerteza* significa que “as possibilidades de danos são conhecidas, mas não as probabilidades”; de *ignorância*, que “o desconhecido é desconhecido” (*the unknown is unknown*), constituindo-se como incerteza de segunda grandeza.

Na racionalidade do consentimento informado para Reprodução Humana Assistida, quem se submete ao tratamento não controla os riscos comunicados, já que estes dependem muito mais do controle dos profissionais. A metáfora, portanto, é *correr ou não os riscos comunicados*, na lógica de um contrato de adesão. Como discutimos anteriormente, *correr riscos* na área materno-infantil significa vencer obstáculos e adversidades. Em geral, a mulher não é incentivada a correr riscos no campo da aventura, mas correr riscos para fins de maternidade é culturalmente aceito e incentivado (Lupton, 1999). Nessa perspectiva, levar adiante uma gravidez de risco (como a gravidez multifetal) ou vencer os riscos e o sofrimento advindo das tentativas de engravidar por meio da Reprodução Assistida adquirem o sentido de ato heróico.

A análise dos documentos para consentimento informado mostrou, também, que a comunicação de riscos e benefícios exerce uma outra função: a diluição de responsabilidades. Ao informar que as “causas responsáveis” pelos insucessos são os *óvulos de baixa qualidade*, o *esperma ausente*, o *pré-embrião anormal* ou determinadas falhas da técnica, a responsabilidade vai para o material genético, para os equipamentos, para as técnicas, distanciando-se de conceitos clássicos, como responsabilidades civil, legal ou moral.

A classificação de riscos como inerentes à tecnologia de Reprodução Assistida é uma outra forma de diluir responsabilidades. Ao se posicionar a gestação multifetal como risco inerente à tecnologia, as responsabilidades ficam diluídas na rede de relações: na técnica; nas normas que permitem transferir quatro embriões, mas proíbem a redução embrionária; nos profissionais que fazem a transferência e nas/nos clientes que aceitam *correr os riscos comunicados*.

A análise dos consentimentos mostrou que a relação de responsabilidade quanto aos resultados é de *não-responsabilidade*, pois o que se estabelece é uma relação contratual de meio entre profissional e paciente, o que significa dizer que o médico não se obriga a garantir o êxito na ocorrência da gestação e seu termo (Oliveira & Borges, Jr., 2000, p. 22).

Em síntese, ao comunicar possíveis riscos, teoricamente, o profissional e a clínica cumprem com seu dever. Além disso, a relação contratual promove a passagem de responsabilidades. Quem assina consentindo assume a responsabilidade de correr os riscos comunicados, conforme exemplificam os dois trechos de consentimentos analisados:

Título: Consentimento para amniocentese⁵

[...] Desse modo, de forma espontânea, permiti que fosse realizado em mim tal exame, eximindo, em qualquer tempo, os doutores acima enunciados de qualquer responsabilidade no eventual surgimento de complicações maternas ou fetais futuras, *assumindo integralmente os riscos de que atesto ter conhecimento* (Menegon, 2006. p. 362).

Título: Contrato para o casal receptor de oócitos doados

[...] Pelo presente documento, firmamos compromisso legal de não interpelar a clínica de nenhuma forma presente na lei, caso a gestação resultante deste método tenha complicações ou problemas de qualquer natureza para a mãe ou para a(s) crianças durante o parto, ou caso a(s) criança(s) seja(m) portadora(s) de malformações físicas e/ou retardo mental, não passível de previsão, prevenção ou controle (Menegon, 2006. p. 363).

Observamos, assim, a vulnerabilidade do consentimento informado, principalmente quando utilizado como forma legal de comunicação sobre

riscos. Nesses dois exemplos, o uso do termo de *consentimento* é autoritário e burocrático. A ênfase legal mostra a cautela das clínicas diante da possibilidade de processos contra profissionais da área.

Considerações finais

Uma tecnologia que carrega o potencial de transformações radicais, tanto da natureza como das relações humanas, não pode prescindir de legislações e de políticas públicas que estabeleçam mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários e às usuárias. A busca de um processo que garanta um consentimento que seja livre e esclarecido deve fazer parte desse esforço de gestão das relações entre serviços de saúde e usuários/as. Argumentamos, porém, que se trata de uma estratégia necessária, mas longe de ser suficiente. Em termos de relações entre profissionais e pacientes, a necessidade de obter um documento que sirva de prova para algo, principalmente quando se trata de isenção de responsabilidades, com certeza não contribui para o fortalecimento de uma relação de confiança. Ao contrário, como afirma O'Neill (2002), essa necessidade de prova tem aumentado o nível de desconfiança nas instituições de saúde.

Para além dos problemas com a falta de uma legislação e políticas públicas que estabeleçam parâmetros mais claros e com menor margem para ambigüidades e manipulações das normas estabelecidas, fica claro que a gestão da vida por meio da comunicação sobre riscos não pode ficar reduzida a documentos escritos e normas prescritivas. A ética prescritiva é importante, mas, para que funcione, depende muito mais de uma ética da responsabilidade, cuja constituição passa pelo incremento de relações mais dialógicas entre profissionais da saúde e usuárias/os, estendendo-se para outros atores da sociedade, conforme discutimos no início deste capítulo.

A compreensão sobre os riscos a serem discutidos em relações pautadas pelo diálogo também precisa ser ampliada, buscando entender os sentidos que estão implicados em cada situação a ser consentida. Para tanto, é preciso ir além da noção de risco como cálculo técnico e científico, que se restringe aos danos físicos e aos procedimentos propriamente ditos, procurando incorporar outros sentidos possíveis para a díade risco–benefício, os quais emergem a partir das três tradições de risco que discutimos ao longo deste texto: risco–perigo, risco–probabilidade e risco–aventura.

Com relação ao consentimento informado, é preciso compreender que muitos aspectos são consentidos no ato de assinar um documento: os serviços de uma determinada clínica; certas regulamentações e normas éticas; um conjunto de técnicas e possíveis resultados que, por serem da ordem da imponderabilidade, são atravessados pela equação risco–benefício, pela possibilidade de controle do que é conhecido, assim como pelas estratégias de proteção, diante do desconhecido.

Referências Bibliográficas

- ADAM, Barbara; VAN LOON, Joost. Introduction: Repositioning Risk; the Challenge for Social Theory. In: ADAM, Barbara; BECK, Ulrich; VAN LOON, Joost. *The Risk Society and Beyond*. London: Sage, 2000.
- ALVARENGA, Augusta T. *O conceito de risco na área materno-infantil: considerações teóricas, metodológicas e de aplicação*. São Paulo. Tese de Doutorado em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1984.
- BECK, Ulrich. *Risk Society: towards a new modernity*. London: Sage, 1993.
- _____. Risk Society Revisited: Theory, Politics and Research Programmes. In: ADAM, Barbara; BECK, Ulrich; VAN LOON, Joost (Eds.). *The risk society and beyond*. London: Sage, 2000.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Normas éticas para a utilização das técnicas de Reprodução Assistida. Resolução CFM nº 1.358/92 (DOU 19 nov. 1992).
- BRASIL. Normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados. Lei nº 8.974/95 (DOU 6 jan. 1995).
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196/96). Brasília: Ministério da Saúde (DOU 10 out. 1996).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 426/GM em 22 de março de 2005. Disponível em (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-426.htm>). Acesso em: 12-08-2006.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 33/06. Brasília: Ministério da Saúde (DOU 17/02/2006).
- CASTIEL, Luis David. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

- CFEMEA. Proposições Legislativas, Tramitando no Congresso. <www.cfemea.org.br/proposicoeslegislativas>. Acesso em: 2-07-2006.
- CHADWICK, Ruth. *Reproduction and genetic control*. London: Routledge, 1992. Revised edition.
- _____. Preface. In: CHADWICK, R. (Ed.). *Concise Encyclopedia of the Ethics of New Technologies*. California: Academic Press, 2001.
- CHADWICK, Ruth, & BERG, K. Solidarity and equity: new ethical frameworks for genetic databases. *Nature Reviews Genetics*, April 2(4): 318–321 (2001) <www.nature.com>.
- CHALMERS, Ian; LINDLEY, Richard. Double standards on informed consent to treatment. In: Doyal, Len, & Jeffrey, Tobias (eds.). *Informed Consent in Medical Research*. London: BMJ Books, 2001. pp. 266–275.
- CLOTET, Joaquim; GOLDIM, José R., & FRANCISCONI, Carlos F. *Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil*. Porto Alegre: Edipucrs, 2000.
- FADEN, Ruth; BEAUCHAMP, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press, 1986.
- FARSIDES, Bobbie; DRAPER, Heather. Informed Consent and research on assisted conception. In: DOYAL, Len; JEFFREY, Tobias (Eds.). *Informed consent in medical research*. London: BMJ Books, 2001. pp. 222–229.
- FIGO. Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. London, United Kingdom, 2000.
- FOUCAULT, Michel. A governamentalidade. Curso do Collège de France, 1 de fevereiro de 1978. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.
- FRANKLIN, Sarah. *Embodied progress*. New York: Routledge, 1997.
- GIDDENS, Anthony. Risk society: the context of British politics. In: FRANKLIN, Jane (ed.). *The politics of risk society*. Cambridge: Polity Press, 1998.
- GUILHEM, Dirce; PRADO, Mauro M. (2001). Bioética, legislações e tecnologias reprodutivas. *Bioética, Revista de Bioética e Ética Médica*, publicada pelo Conselho Federal de Medicina, 9(2): 113-126.
- HALLAK, Jorge. (2001) *Existem novidades na avaliação do homem infértil*, V Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida, realizado em Campos do Jordão, SP, de 23 a 25 de agosto de 2001.

- HFEA - Human Fertilization & Embryology Authority. *Code of Practice*. 4. ed. London, 1998.
- LUPTON, Deborah. *Risk*. London: Routledge, 1999.
- MENEGON, Vera S. M. Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos: os consentimentos informados na Reprodução Humana Assistida. São Paulo: Hipótese, PUCSP – Educ; Fapesp, 2006.
- MORENO, J. D; CAPLAN, A. L.; WOLPE, P. R. Informed Consent. In: CHADWICK, R. (Ed.). *Encyclopedia of applied ethics*, v. 2 E-I, pp. 687–697. London: Academic Press, 1998.
- OLIVEIRA, Deborah C. A.; BORGES, Edson Jr. *Reprodução assistida: até onde podemos chegar?* São Paulo: Gaia, 2000.
- O'NEILL, Onora. Informed Consent and Genetic Information. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 32: 689–704. (2001).
- _____. *A Question of Trust: The BBC Reith Lectures*. Cambridge, University Press, 2002.
- RENN, Ortwin. Concepts of risk: a classification. In: Krinsky, S; Golding, D. (Eds.). *Social theories of risk*. Westport/Connecticut/London: Praeger, 1992.
- ROSE, Nikolas (2001). The politics of life itself. *Theory, culture & society*. 18(6): 1–30.
- SBRA (2006) – Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. Disponível em <www.sbra.com.br/mapa.asp>. Acesso em: 2-07-2006.
- SPINK, Mary Jane (2000a). Risco e educação em saúde: das perspectivas individuais à sensibilidade ao contexto cultural. In: SPINK, M. J. (Coord.). *A construção social do risco no cenário da aids*. Relatório – CNPq. Projeto Integrado.
- _____. (2000b). Contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da psicologia social. *Psicologia & Sociedade*. 12(1/2): 156–173.
- _____. (2000c). A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. *Psico*, 1(31): 7–22.
- _____. (2001). Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(6): 1277–1311 (nov.-dez.).
- _____. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas*, 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito; MÉLLO, Ricardo P. (2002) Perigo, probabilidade e oportunidades: a linguagem dos riscos na mídia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(11): 151–164.

- SPINK, Mary Jane; GALLINDO, Dolores; CAÑAS, Antonio; SOUZA, Daniella T. (2004). Onde está o risco? Os seguros no contexto do turismo de aventura. *Psicologia e Sociedade*, 16(2): 81-89.
- SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera S. M. Práticas discursivas como estratégias de governamentalidade: a linguagem dos riscos em documentos de domínio público. In: Iñiguez, L. (Ed.). *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais* (pp. 258–311), 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera M.; BERNARDES, Jefferson; COELHO, Angela, E. L. (no prelo.a). The Language of Risk in Psychology: A Social Constructionist Analysis of a Psychological Database.
- SPINK, Mary Jane; PEREIRA, Adriana B.; PENTEADO, Joana M.; ALVES, Marina P. (no prelo b). Usos do glossário do risco em revistas: contrastando “tempo” e “públicos”.
- VIEIRA, Sonia; HOSSNE William S. *A ética e a metodologia: pesquisa médica*. São Paulo: Pioneira, 1998.
- WHO, World Health Organization (1992). *Recent advances in medically assisted conception*. Report of a Who Scientific Group, Who Technical Report Series. Geneve, Ed. World Health Organization.
- WYNNE, Brian (2001). Managing and Communicating Scientific Uncertainty in Public Policy. Harvard University Conference on *Biotechnology and Global Governance: Crisis and Opportunity*, Feb., 2001, Harvard University. Institute for Environment, Philosophy and Public Policy, Lancaster University, UK.

Notas

¹ Professora do Mestrado em Psicologia – UCDB/MS; pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Práticas Discursivas e Produção de Sentidos – PUC/SP.

² Professora Titular do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social – PUC/SP; coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Práticas Discursivas e Produção de Sentidos – PUC/SP.

³ Para Foucault (1995:291), *governamentalidade* é: “O conjunto constituído por instituições, procedimentos, análises, reflexões, cálculos e táticas, que permitem exercer essa forma bastante específica e complexa de poder, que tem, por alvo, a população; por forma principal de saber, a economia política; e, por instrumentos técnicos essenciais, os dispositivos de segurança”. Essa compreensão é ampliada pelo sociólogo inglês Nikolas Rose (2001), para quem governamentalidade são as maneiras como aspectos da conduta das pessoas, seja individual, seja coletivamente, são problematizados em momentos

históricos específicos. No caso das ciências da vida, esse autor define as estratégias de governamentalidade como estratégias biopolíticas.

⁴ O *site* do Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea, 2006) disponibiliza um quadro comparativo entre os projetos que tramitavam no Congresso Nacional em 2001, incluindo a Resolução do CFM em vigor desde 1992. Dos projetos comparados, dois continuam tramitando, conforme mencionamos acima.

⁵ O exame de amniocentese é utilizado pelas clínicas de Reprodução Assistida, mas é exame indicado também para gestações tradicionais, quando há suspeita de problemas genéticos.

Produção executiva

Fátima Ferreira

Capa, projeto gráfico e editoração

Carlos Pellegrino

Apoio

Fundação Heinrich Böll

Ficha catalográfica

N 935 Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas / Verônica Ferreira; Maria Betania Ávila; Ana Paula Portella (orgs.). Recife: SOS CORPO – Instituto Feminista para a Democracia, novembro de 2006. 192p.

Várias autoras

1. Tecnologia reprodutiva humana– Aspectos sociais e éticos 2. Feminismo 3. Bioética I. FERREIRA, Verônica (org.) II ÁVILA, Maria Betania (org.) III. PORTELLA, Ana Paula (org.)

CDU 176

ISBN - 85-89165-10-8

Edição

SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia

Rua Real da Torre, 593 - Madalena - Recife PE

Tel: 81 - 3087.2086 / Fax: 81 - 3445.1905

e- mail: sos@soscorpo.org.br

www.soscorpo.org.br

Impresso no Brasil - março de 2007

Edição	SOS CORPO
Tipo principal	Adobe Garamond Pro 11 / 14,5
Papel	Offset 90 g/m ² (miolo) Supremo 250g/m ² (capa)
Número de páginas	192
Tiragem	500 exemplares
Impressão	Provisual
Finalização	Março de 2007

Alejandra Rotania
Alejandra Sardá
Ana Cristina González Vélez
Ângela Maria do Nascimento
Ana Regina Gomes dos Reis
Debora Diniz
Érica Renata de Souza
Liliana Acero
Lucila Scavone
Martha Ramírez-Gálvez
Mary Jane Paris Spink
Rosely Gomes Costa
Vera Sonia Mincoff Menegon

apoio



FUNDAÇÃO
HEINRICH
BÖLL

