

*Maternidade
e tecnologias
de procriação:*

*O feminino na
contemporaneidade*

Maria da Graça Reis Braga

**MATERNIDADE E TECNOLOGIAS DE
PROCRIAÇÃO: o feminino na contemporaneidade.**

Maria da Graça Reis Braga

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**MATERNIDADE E TECNOLOGIAS DE
PROCRIAÇÃO: o feminino na contemporaneidade.**

Maria da Graça Reis Braga

Orientadora: Prof(a) Dr(a) Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

Dissertação para defesa pública, como requisito para obtenção do título de mestre, no Mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade Católica de Pernambuco.

Linha de pesquisa: Construção de subjetividade na família.

Recife, fevereiro de 2005.

Maria da Graça Reis Braga

**MATERNIDADE E TECNOLOGIAS DE PROcriação:
o feminino na contemporaneidade**

Comissão Examinadora

Prof(a). Dr(a) Maria da Conceição Xavier de Almeida

Prof(a) Dr(a) Albenise de Oliveira Lima

Prof(a). Dr(a) Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

A meu pai, Aluzio Braga, o maior contador de histórias que conheci.

AGRADECIMENTOS

*A Paulo, Carolina e Luiza, meus maiores
sinônimos para a palavra amor.*

À minha mãe e irmãs, as mulheres de minha vida.

*À Prof(a). Dr(a) Cristina Amazonas, por sua
imensa e terna dedicação, atenção,
disponibilidade, paciência, parceria e amizade,
além do doce acompanhamento.*

*A Renata, Denise, Bernadete, Beatriz, Simone e
Eliane, por terem me contado de forma tão rica
suas histórias.*

*À Prof(a). Dr(a). Conceição Almeida, por sua
brilhante e dedicada avaliação.*

*À Prof(a). Dr(a). Albenise Oliveira, por sua enorme
disponibilidade, atenção, sugestões e detalhes.*

*À Prof(a). Dr(a). Ana Lúcia Francisco, por sua
inabalável confiança, suporte e exemplo desde
sempre.*

*À Prof(a). Dr(a). Edilene Queiroz, por suas
riquíssimas sugestões e por seu olhar
psicanalítico, socorrendo-me em tão boa hora.*

*Aos demais professores do mestrado, por suas
preciosas observações, críticas e sugestões.*

*Aos meus amigos de sempre, maiores heranças
da Psicologia.*

*Aos colegas da 5ª Turma, pela amizade e parceria
neste trajeto.*

*Aos funcionários do mestrado, pela atenção e
participação.*

*Pulsa dentro, aqui no ventre, o meu rebento que
eu nunca tive.*

*Vive preso ao meu desejo de concebê-lo tão
calmo e livre.*

*Sonho enquanto eu canto esse acalanto que o faz
ninar.*

*Durma que está escuro, não está seguro para se
acordar.*

*Tenho pressa que o mundo mude de atitude para
recebê-lo.*

*Por enquanto arrumo o quarto, adio o parto para
protegê-lo...*

Ivan Lins, Vitor Martins (Acalanto)

RESUMO

Esta dissertação tem como tema a maternidade, no universo das tecnologias de procriação, elemento próprio do feminino contemporâneo. Apesar de ser um fenômeno recente, é freqüente a procura por tecnologias da medicina reprodutiva. Este trabalho pretende compreender a experiência de mulheres na busca pela maternidade, através das biotecnologias e, com isto, propicia uma reflexão sobre a feminilidade e a forma de vida na contemporaneidade, tendo como destaque o lugar ocupado pelo discurso científico, contribuindo, também, para a clínica psicológica. Para tal, entrevistamos mulheres que já estiveram ou que estão em tratamento para engravidar, e analisamos qualitativamente as narrativas através da análise de conteúdo. Observamos que a experiência das mulheres com a reprodução assistida é um fenômeno de implicações múltiplas na subjetividade feminina e na dinâmica do casal e da família, que envolve afetos e questionamentos complexos para a mulher e afeta a parentalidade e filiação.

PALAVRAS-CHAVE: maternidade, feminilidade, fertilização, biotecnologias, procriação.

ABSTRACT

The present thesis concerns to maternity, within the universe of assisted reproduction techniques, that belongs to our contemporaneous feminine condition. In spite of being a recent event, it's very frequent the demand for reproductive medicine technologies. This research intends to comprehend women's experiences in search for maternity, through biotechnologies. It also provides a reflection about femininity and our contemporaneous way of living, which emphasizes scientific discourse, and contributes to psychological clinical attendance. In order to reach our aims, we interviewed women who have been, or still are, in medical treatment for pregnancy and we analyzed the narratives in a qualitative way, by using the method of contents analysis. We observed that women's experiences with assisted reproduction are events of multiple implications upon feminine subjectivity, couples relationship and families. It also involves complex affections and matters among women and affects parental and filial positions.

KEY WORDS: maternity, femininity, fertilization, biotechnologies, procreation.

RESUMEN

Esta tesina tiene como tema la maternidad, en el universo de las tecnologías de procreación, elemento propio del femenino contemporáneo. A pesar de ser un fenómeno reciente, es frecuente la procura por tecnologías de la medicina reproductiva. Este trabajo intenta comprender la experiencia de mujeres en la búsqueda por la maternidad, a través de las biotecnologías y, con esto, propicia una reflexión sobre la feminilidad y la forma de vida en la contemporaneidad, tiendo como destaque el lugar ocupado por el discurso científico, contribuyendo, también, para la clínica psicológica. Para tal, entrevistamos mujeres que ya estuvieron o que están en tratamiento para embarazar, y analizamos cualitativamente las narraciones a través del análisis de contenido. Observamos que la experiencia de las mujeres con la reproducción asistida es un fenómeno de implicaciones múltiples en la subjetividad femenina y en la dinámica de la pareja y de la familia, que involucra afectos y cuestionamientos complejos y afecta la parentalidad y filiación.

PALABRAS CLAVE: maternidad, feminilidad, fertilización, biotecnologías, procreación.

SUMÁRIO

1.NO PRINCÍPIO ERA O CAOS: UM LUSCO-FUSCO DE IMPRESSÕES.	11
2.UM CAMINHO POSSÍVEL, DENTRE OUTROS TANTOS CAMINHOS.	25
3.HISTÓRIAS DE TRATAMENTOS, HISTÓRIAS DE VIDAS.	37
4.CULTURA CONTEMPORÂNEA E CIÊNCIA: as mulheres diante das biotecnologias.	59
4.1 Ciência e tecnologias reprodutivas – medicalização.	63
4.2 Infertilidade e terapêutica.	70
4.3 As mulheres diante dos especialistas e da técnica.	76
4.4 Efeitos indesejados e novas possibilidades.	82
4.5 Reprodução assistida: números, oferta e demanda.	95
4.6 Bioética.	98
4.7 Embriões excedentes – ciência e crença religiosa.	104
4.8 Modernidade e identidade feminina.	108
5.FEMININO E MATERNIDADE: entre sonhos e imperativos.	111
5.1 Mulher-mãe e História.	112
5.2 Feminino e contemporaneidade.	116
5.3 Feminilidade e enigma.	124
5.4 Gênero feminino.	137
5.5 Mulheres e biopoder.	141
5.6 Desejo de filhos, filhos do desejo.	144
5.7 O caminho para a maternidade: gestação e parto.	152
5.8 Feminilidade e desamparo – novas configurações.	172
6.CASAIS E FAMÍLIAS, PAIS E FILHOS ASSISTIDOS.	174
6.1 Modernidade e conjugalidade.	175
6.2 O casal diante das novas tecnologias reprodutivas.	179
6.3 O investimento do casal.	190
6.4 Os especialistas da procriação.	194
6.5 O especialista “psi”.	199
6.6 Filhos biológicos e adoção.	202
7.CHEGADAS E PARTIDAS: um bordado de Penélope.	210
8.ENCONTROS E DESPEDIDAS: contemplando o tema.	220
REFERÊNCIAS	232
ANEXOS	239

1.NO PRINCÍPIO ERA O CAOS: UM LUSCO-FUSCO DE IMPRESSÕES.

*Vagando no escuro e, no entanto, a luz se faz, ainda
que não venha do fim do túnel...*

O tema da maternidade de maneira alguma é recente, tampouco inédito, muito menos pouco discutido, pois as questões referentes à experiência de ser mãe sempre instigaram e fascinaram os pesquisadores e estudiosos de vários campos do conhecimento, além de ocupar um lugar de enorme importância em todas as culturas.

O caráter de novidade, no entanto, ainda que relativa, pois advém da modernidade, pode ser descrito do ponto de vista da associação do tema ao discurso científico e tecnológico. Atualmente esse discurso se coloca como nossa maior verdade e, por que não, nosso maior mito, privilegiando o corpo, o organismo físico e biológico, além de se fazer presente em nosso dia-a-dia, sendo assunto das conversas mais informais e leigas.

A exemplo, temos os comentários generalizados a respeito das dietas, dos cuidados corporais, das intervenções estéticas e, inclusive, o que mais nos interessa, uma nova maternidade: ao mesmo tempo programada e imprevisível, compartilhada e solitária, controlada e fora de controle. O assunto tem se mostrado como sendo de interesse e divulgação de massa, saindo dos limites de algo que, anteriormente, só dizia respeito aos casais inférteis e seus especialistas.

A infertilidade, principal móvel das pesquisas e, atualmente, também fabricada pelo modo de vida contemporâneo, através de seus imperativos da excelência do fazer e do realizar, além das condições ambientais, alimentares e do stress cotidiano, tem sido sempre, na história, fonte de preocupação e estigma social.

A vida humana sobre a terra, desde os seus primórdios, foi atravessada pela medida da fecundidade. O objetivo fundamental do casamento monogâmico era a procriação e o cuidado com os filhos, a felicidade e desejo dos parceiros

ficava em segundo plano. O prazer sexual, a luxúria, sem objetivo de reprodução, a princípio foi considerado pecado e depois doença, sendo devidamente medicalizado. A esterilidade feminina era um estigma, as mulheres eram mais responsabilizadas pela infertilidade do que os homens, ou melhor, a “culpa” pela infertilidade recaía quase que exclusivamente sobre elas. Procriar era uma necessidade mística, e atingia diretamente as mulheres. A esterilidade feminina era algo que contrariava a natureza. “Comparadas a terras estéreis, humilhadas(...), associadas a mulas(..), a esterilidade feminina era vivida como uma tara ou um contra-senso” (DEL-PRIORE, 2001: p. 109).

Em nossa cultura, existem várias suposições a respeito do gênero, concepções de masculinidade e feminilidade, noções que permeiam a experiência e as relações de cada um, homens e mulheres. A influência do modelo familiar tradicional no Brasil-colônia ainda se percebe, apesar de grandes transformações, no que concerne à concepção de masculino e feminino, assim como no papel da infertilidade para a mulher, o homem e a família. A figura da mãe-de-família, no Brasil-colônia, era símbolo da honra familiar, a casa grande impensável sem sua presença e o propósito do casamento era o de gerar filhos. “As mulheres aos vinte e poucos anos, já estavam velhas de tanto gerar menino” (ROCHA-COUTINHO, 1994: p. 72).

A intervenção do especialista na família, não só para mantê-la em seu modelo tradicional, como também para constituir um modelo familiar, não é fato histórico recente. No Brasil, Costa (1983) nos conta que a medicina higiênica entrou em ação, mais acentuadamente com a chegada da família real, no início do século XIX, para modificar e enfraquecer o modelo de família patriarcal, em prol da autoridade estatal, e para definir papéis de esposo e pai para o homem; e esposa e mãe para a mulher.

O mecanismo da ação do saber higienista foi o de converter um determinado fenômeno físico, cultural ou emocional, em um fato médico e recolocado no seio familiar e social da maneira desejada. Os sentimentos e condutas antes administrados pelas famílias, assim como questões sobre a

paternidade e maternidade, potência e relacionamento sexual, reprodução e esterilidade foram cobertos pela medicina.

A família - higiênica e politicamente correta - necessitava desse saber e, em razão direta, de sua fertilidade. A infertilidade era e é uma preocupação constante individual, familiar e estatal, que atravessa todos os estratos sociais. No entanto, é preciso assinalar que são muitas as infertilidades, ou seja, a infertilidade possui uma multiplicidade de causas: biofisiológicas, psicológicas, relacionais, familiares, sócio-culturais; e se configura e se apresenta, assim como é tratada, de maneira diferente nas diversas camadas sociais.

Se antes as mulheres que ficavam solteiras ou não podiam ter filhos eram vistas como incompletas, infelizes e privadas de sua feminilidade, com o século XX a vida da mulher se deslocou para o seu desenvolvimento e integração como pessoa e cidadã, planejando sua vida, buscando formas de realização pessoal e de compreensão de seus desejos e necessidades. Isso, no entanto, não arrefeceu a busca feminina pela maternidade, apenas provocou um acúmulo de necessidades e prioridades para a mulher, tendo em vista a realização pessoal e profissional, além do reconhecimento social.

A cada dia um fato mais freqüente na clínica médica, a infertilidade ganhou novos aliados, dispositivos tecnológicos, tratamentos de fertilização que não apenas dispensam a relação sexual dos casais, como também acontecem nos domínios extracorpóreos, sob supervisão de especialistas.

Tendo como marco inicial o nascimento do primeiro bebê de proveta, no final da década de setenta, na Inglaterra, e em meados da década de oitenta, no Brasil, a Reprodução Assistida teve um desenvolvimento acelerado nos anos 90, em termos de pesquisa e de aplicação e está em constante expansão.

Mais precocemente, casais estão sendo diagnosticados dentro do universo da dificuldade ou da impossibilidade de procriação e iniciados nas investigações e tratamentos para gravidez. Paralelamente, demandas de procriação assistida podem ser geradas, inclusive para os casais que não apresentam dificuldades de fertilidade, diante da possibilidade de diagnóstico genético do embrião, escolha de sexo e de outros caracteres dos futuros bebês.

Sem dúvida, procedimentos de procriação assistida, como inseminação artificial e fertilização *in vitro*, entre outros, foram criados para responder a uma demanda referente a uma problemática pessoal e social, ou seja, o desejo e a necessidade de ter filhos e a impossibilidade de realizá-los. A polêmica surge quando o processo põe em questão identidades pessoais, familiares e sociais, ao introduzir novos elementos, antes inimagináveis.

Se, a princípio, o propósito e a justificativa dessas técnicas traduziu-se em compensar e diminuir o sofrimento de casais inférteis, colocando para eles outras opções, além da adoção, a tecnologia para fertilização também gerou uma série de novos problemas e questões - como o excedente de embriões - que propiciou abertura para a investigação e manipulação genéticas, a exemplo da investigação do genoma humano e das pesquisas com células-tronco.

Os benefícios dessas pesquisas são incontestáveis, em termos de prevenção e perspectiva de cura para doenças antes incuráveis, mas os riscos e problemas, pessoais e sociais, são igualmente consideráveis. A medicina reprodutiva traz à tona uma série de questionamentos que precisam ser estudados do ponto de vista coletivo, da Ética e da Bioética, e, também, em relação à experiência de cada um, da elaboração psíquica do processo.

Mulheres, homens e casais inférteis procuram hoje com mais freqüência a clínica psicológica. As crianças geradas pela fertilização artificial são igualmente mais freqüentes nas famílias, nas escolas, na clínica. Por ser uma população que demanda ainda muitas pesquisas e estudos, o fato, além de estar muito presente na mídia, tem intrigado e levado os profissionais envolvidos a se interrogarem sobre o fenômeno. Daí o interesse pelo tema e a importância social de sua investigação.

As novas tecnologias de procriação repercutem nas organizações familiares, gerando novas configurações, nas concepções de feminilidade e maternidade, assim como nas concepções de gênero masculino e feminino, repercutindo também na questão - tão discutida atualmente por psicólogos e psicanalistas - da subjetivação infantil. Ou seja, como e em que a fecundação artificial viria afetar as famílias, os pais e o desenvolvimento das crianças.

A família, organização em permanente mudança, e bastante discrepante em suas configurações, inclusive numa mesma época, num mesmo lugar, é o horizonte de manifestação desse fenômeno: a busca pela maternidade através da utilização de tecnologias de procriação. A família ocupa um lugar privilegiado nesse campo de forças, pois se configura, essencialmente, como uma rede de articulação entre os sujeitos e a cultura. Família, hoje, é sinônimo de diversidade, de multiplicidade de arranjos, e os novos elementos fornecidos pelas tecnologias de procriação contribuem para a montagem dos mosaicos familiares.

As tecnologias de procriação são, simultaneamente, produtos e produtoras de nossa cultura contemporânea, herança e superação da modernidade, e dos processos de subjetivação nela imbricados. É notório, na atualidade, o enorme peso atribuído ao discurso biológico e tecnológico, que se percebe em todos os níveis, não apenas no meio científico, mas, também, no cotidiano das pessoas. A ciência se afigura contemporaneamente como um dispositivo poderoso na produção de subjetividade.

Para se tentar compreender o panorama da contemporaneidade, é preciso estudar a tradição posta pela modernidade e a grande herança dos modos modernos de subjetivação (processos e modelos de formação das experiências subjetivas, que se articularam a partir do século XVI no mundo ocidental), não esquecendo, mais uma vez, de que a história se faz mais por rupturas do que por continuidades (FIGUEIREDO, 1996).

Para Giddens (2002), a modernidade, em seu sentido mais geral, está relacionada às instituições e modos de viver que se estabeleceram no ocidente, em princípio na Europa, a partir do século XVI, mas que no século XX se tornaram um fenômeno de impacto global. A modernidade se equivale aproximadamente ao mundo industrializado, às relações sociais que se desenharam a partir do uso generalizado das máquinas na produção.

Um elemento característico da modernidade é a sua reflexividade própria, como maneira através da qual a maioria dos aspectos da atividade social se encontra suscetível a uma revisão intensa e permanente, de acordo com novos conhecimentos ou informações. A reflexividade que a modernidade impõe é

tributária da ascensão do conhecimento científico e da técnica à categoria de força produtiva, inclusive, como mercadoria (GIDDENS, 2002).

A modernidade produziu um paradigma cultural, que foi se configurando mesmo antes da dominação abrangente pelo capitalismo e que entrou em processo de exaustão. O Projeto da Modernidade se organiza em torno de dois pilares fundamentais: o pilar da regulação e o pilar da emancipação. O primeiro é composto por três princípios: o Estado, o Mercado e a Comunidade. O segundo possui três lógicas de racionalidade: a racionalidade estético-expressiva da arte e da literatura, a racionalidade moral-prática da ética e do direito e a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da técnica. O grande desafio do projeto é o de proporcionar um desenvolvimento de valores muito contraditórios, como justiça (da ordem do público) e autonomia (da ordem do privado), solidariedade e identidade, igualdade e liberdade (SANTOS, 2001).

O capitalismo, no período em que estamos vivendo, caracteriza-se pela supremacia sem precedentes do mercado, que agora se configura mundialmente, colonizando tanto o Estado quanto a comunidade, pelo credo neoliberal, pela diferenciação dos produtos de consumo. Também percebemos o aumento das escolhas paradoxalmente ao lado de uma diminuição da capacidade de escolher, o fim dos monopólios de interpretação, como os da família, da Igreja e do Estado, seguido por uma renúncia à interpretação, ao contrário de uma suposta autonomia individual de interpretação dos fenômenos que afetam os sujeitos. “O pilar da emancipação se transformou no duplo do pilar da regulação” (SANTOS, 2001: p. 102).

Modernidade e ciência são indissociáveis. Para Morin (2003), a ciência é complexa, pois se apresenta inseparável de um contexto histórico e social que a suporta, e por se apresentar como um diálogo ao mesmo tempo complementar e antagônico entre empirismo e racionalismo, verificação e imaginação. A ciência moderna emerge no caldeirão efervescente e polifônico do movimento renascentista. Para se desenvolver, rompe com a filosofia, pois só poderia obedecer à ética do conhecimento. Depois, progressivamente, associa-se à técnica, impulsionada pela industrialização e desenvolvimento do capitalismo. A

ciência é multidimensional, tanto em sua constituição quanto em seus efeitos marcados pela ambivalência.

Tal ambivalência se dá em uma simultaneidade surpreendente, através da qual a ciência elucida, liberta, enriquece-nos, melhora nossa qualidade de vida, conquista territórios do saber e da ação e intervenção humanos, imprescindíveis para a nossa existência, porém também traz possibilidades que subjagam e ameaçam a humanidade.

Se o desenvolvimento das disciplinas diversas do campo vasto do saber humano traz a questão da divisão do trabalho, igualmente traz as desvantagens da especialização acelerada, pois o saber se fragmenta, enclausura-se, pode não servir para a compreensão de um fenômeno porque se transforma em mera acumulação de dados. Por ver o fenômeno apenas em parte, o saber se coloca a serviço de interesses e jogos de poder entre as diversas disciplinas, que disputam sua atuação em desfavor dos sujeitos.

As ciências do homem operaram uma dissociação das ciências da natureza, pois estas excluíam as dimensões humanas da história, da cultura, da subjetividade, e tudo o que se costumou chamar de espírito humano. No entanto, as ciências humanas também se apresentam insuficientes para pensar o homem em todas as suas dimensões, inclusive como seres vivos num ecossistema, que possuem constituição biológica e articulações físico-químicas. Não devemos ficar cegos e bloquear a comunicação entre a condição, ao mesmo tempo social e política da ciência, e a condição física, biológica, cultural, social e histórica do humano. “A ciência não tem verdade, não existe uma verdade científica, existem verdades provisórias que se sucedem, onde a única verdade é aceitar essa regra e essa investigação” (MORIN, 2003: p. 56).

Existe uma relação entre ciência e técnica, entre técnica e indústria, entre indústria e sociedade, mídia e formas de vida, e entre essas novamente e a ciência, num processo incessante de retroalimentação e de transformação. A questão se torna assimétrica à medida que isolamos o termo técnica, e passamos a reificá-lo e idolatrá-lo. A tecnologia se transformou, nesse processo, em simplificação e manipulação entendidas como racionalidade absoluta. Razão é

diferente de racionalização, a razão descarta o caráter de absoluto e deve estar aberta e reconhecer a existência do irracional, do desconhecido, do enigma, da desordem, do aleatório.

A história nos tem mostrado que tudo que a ciência estudou, investiu e desenvolveu sempre foi posto em prática de alguma maneira, mesmo por razões nem sempre justificáveis, como nos lembra pesadamente Hiroshima. Não existe propriamente freio para a ciência, mas podemos e *devemos* contar com a ética da pesquisa, conhecimento e intervenção responsáveis.

A ciência, ou mais propriamente a tecnologia, coloca-se atualmente como um elemento fundamental na produção de subjetividades. A tradição posta pela modernidade, com seus imperativos de interioridade e exterioridade, naturalidade e essência, estabilidade e identidade, fez-nos incorporar uma concepção de subjetividade como algo relacionado ao interior, ao mundo interno, individual e psíquico. No entanto, os processos de subjetivação são campos de forças que atuam em níveis diversos, como os sistemas econômicos, sociais, tecnológicos, de mídia, as percepções, os afetos, os desejos, os sistemas biofisiológicos, sensações, representações e imagens (GUATTARI; ROLNIK, 1986).

Tais campos de forças se encarnam e são encarnados pelos sujeitos, produzindo figuras, comumente entendidas por subjetividade, e que são formas de ser e de estar no mundo. Os processos de subjetivação agenciam conexões entre instâncias macro (máquinas sociais) e micro (pessoais) de uma maneira muito veloz e em escala globalizada. Assim, “não há subjetividade sem uma cartografia cultural que lhe sirva de guia e, reciprocamente, não há cultura sem um certo modo de subjetivação que funcione segundo seu perfil” (ROLNIK, 1997: p. 29).

Cultura, subjetividade e ética formam uma teia, em que torna-se impossível separá-las como conjuntos distintos. Um estudo como este envolve uma reflexão sobre o modo de ser, de estar e de agir no mundo, de maneira singular e plural. Dessa forma, a pesquisa tem repercussões éticas por remeter à co-existência em um mundo contingente. Podemos compreender o *ethos* através de um sentido de morada, de estar e habitar no mundo, mundo este que não escolhemos e onde

somos lançados. Assim, a ética também traduz e é traduzida pela cultura e modos de subjetivação de seu tempo (FIGUEIREDO, 1996).

O que entendemos por Ética não se traduz em idéias claras e precisas. Um ideal de fronteiras rígidas entre bem e mal, na verdade, descaracteriza o humano, pois o que o caracteriza não é uma natureza linear, mas sim uma condição do que é impreciso, inusitado e imprevisível, com responsabilidade para aquele ente que afeta e é afetado, que fala, pensa e age sobre o mundo e sobre si mesmo. A busca por ética se erige em torno de uma cena em que a condição humana mostra sua fugacidade; e o bem mostra a sua precariedade. A ética é um discurso, ela existe na medida em que uma ação humana possa ser qualificada de boa ou má e tal qualificação só pode ser feita tendo por referências uma rede de crenças compartilhadas entre os sujeitos, numa forma de vida, numa cultura, numa época. “Ética, portanto, é toda ação humana que toma por objeto de intervenção outra ação humana, do próprio agente ou de outro, somos humanos e por isso agimos” (COSTA, 1995: p. 19).

Cabe ressaltar que os movimentos que caracterizam o aparecimento de uma determinada ética predominante não provocam a eliminação total de uma outra. Trata-se de um movimento de figura e fundo, e não de um movimento linear, assim como a história não é linear, visto que é constituída de idas e vindas, de construções e desconstruções, são caminhos axiais e caminhos marginais subsistindo juntos.

As subjetividades contemporâneas são personagens principais da cultura do narcisismo e de uma sociedade do espetáculo. Para Birman (2000a), a cultura do narcisismo, formulada por Lasch, e a sociedade do espetáculo, por Debord, fornecem preciosas teorizações a fim de se ler as condições de subjetivação na atualidade, e se encontram privilegiadamente imbricadas. A cultura do narcisismo se caracteriza pela impossibilidade de se contemplar o outro em sua diferença, mas sim como objeto de usufruto. Na cultura narcísica, promove-se uma estetização da existência, os cuidados de si se transformam em objeto permanente, “polimentos intermináveis para alcançar o brilho social” (p. 167). Em um contexto assim, a mídia se destaca como instrumento fundamental na

produção do polimento exaltado dos indivíduos. Tudo isso desemboca na sociedade do espetáculo.

Formulada em fins da década de sessenta e comentada, posteriormente, no final da década de oitenta (DEBORD, 1997), a sociedade do espetáculo se mostra como uma das teorizações que vivem para não ser desmentida pelos acontecimentos. O espetáculo se traduz nas relações sociais mediadas por imagens, é uma visão de mundo materializada em nosso cotidiano, é o modelo atual, dominante na vida em sociedade, seja através da informação, propaganda ou consumo direto.

O espetáculo, segundo o autor, é a afirmação da vida humana como mera aparência, é origem e destino, nada quer alcançar que não seja ele mesmo. A sociedade do espetáculo é uma forma que escolhe o seu conteúdo técnico e que é o seu próprio produto. Quanto mais se deseja o reconhecimento pelas imagens propagadas, menos se compreende o próprio desejo e a própria existência. Já não existe mais nada, na cultura e na natureza, que não tenha sido transformado pelos interesses do espetáculo, até a vida humana e a genética já foram apropriadas.

O sujeito atual é instrumental, passível de defeitos, mas, também, passível de cura por instrumentos externos, que causam os efeitos químicos e fisiológicos desejados, como no caso das neurociências e de todo o arsenal tecnológico que incide sobre o corpo humano em seu funcionamento e em suas falhas no funcionamento. Tudo se passa como numa lógica de falta e preenchimento, reação imediata a um verdadeiro horror da falta, do limite, da borda. Nega-se o pensar e o sentir, e a frustração (assim como sua elaboração, que aponta para outros caminhos) é palavra riscada do nosso vocabulário.

Para Quinet (2000), a medicina se apresenta como fruto da aliança entre a ciência e o discurso capitalista, em virtude de uma medicalização progressiva e generalizada e da fabricação incessante de novas demandas, novos sintomas, novas patologias. Novos sofrimentos criam novos mercados e, além disso, o mercado atua diretamente no financiamento das linhas de pesquisa a serem seguidas. Para o autor, a ciência, e em particular a medicina, tem excluído o

sujeito de seu campo, negando o limite e a castração, com o intuito de colonizar tudo o que existe com os seus significantes, desvinculando corpo e sujeito. Também enfatiza e acentua a demanda de complementação impossível, fazendo crer que a completude, a negação das falhas e dos furos seja possível.

O desenvolvimento das biotecnologias também é impulsionado por esse sintoma. Se não precisamos mais nos frustrar com as falhas, ou suportá-las, muito menos elaborá-las, basta transformá-las. Os corpos-carne se transformaram em coisas que podem ser recortadas, suprimidas, adicionadas e recosturadas.

Nosso corpo biológico, sem dúvida, é um dos suportes de nossas identidades. Corpo, afeto e ação não se separam, as subjetividades que sofrem e que gozam são encorpadas, são sujeitos-corpo. No entanto, o corpo enquanto organismo, a exemplo da fragmentação disciplinar moderna, foi apropriado pela medicina, um corpo sem sujeito. E um sujeito desencorpado, foi apropriado pela psicologia e pela psicanálise sob a forma de um psiquismo fantasma. Sem dúvida, somos sujeitos de linguagem, mas também somos “corpos-afetos-sujeitos”, em nossas condições biológicas, imaginárias, pulsionais e falantes (BIRMAN, 2000a).

A utilização dos novos recursos tecnológicos no campo da procriação humana está nos fazendo repensar o modelo de família conjugal moderno e burguês, não sendo possível ainda dispensá-lo completamente de nossa compreensão, mas colocando-o em suspensão, em virtude de processos de construção de novas identidades de pais e filhos, homens, mulheres, crianças e adolescentes. Vivemos em famílias que se configuram de modo a se apresentar não mais sob a forma tradicional da família moderna, mas, simultaneamente, não ainda um outro modelo.

Dentro da família, interessa-nos, sobremaneira, a condição feminina. A mulher atual acumulou muitas funções, ao lado das transformações. Toda essa herança apresentada até agora pode ainda permear a condição da mulher contemporânea. A diferença entre homem e mulher foi se reduzindo até o limite mínimo. Para muitos, esse limite mínimo ainda é o da procriação.

Estudando a maneira como as novas tecnologias reprodutivas afetam as pessoas que as procuram, em desespero e angústia pelo filho que não vem,

encontramos mulheres aparentemente visíveis, de braços dados com a técnica, mas, também, escondidas por trás da demanda de filhos pela infertilidade. Encontramos afetos, sentimentos, dilemas, conflitos, fantasias, encontramos essa mulher nova que não conhecíamos, e, ao mesmo tempo, tão velha conhecida. Além delas também encontramos o casal, os relacionamentos e as famílias, que se apresentam em configurações que nos escapavam, das quais não nos dávamos conta, e que o fenômeno da busca pela técnica da gravidez desvela com intensa criatividade.

Este trabalho também guarda sua importância na medida em que poderá possibilitar uma compreensão maior na clínica psicológica com essas mulheres, casais, crianças e famílias, pois é grande a frequência desses fenômenos na clínica atual. Igualmente possibilita uma reflexão acerca do modo de habitar contemporâneo, a forma de vida, principalmente nos grandes centros urbanos, onde mudanças se sucedem numa velocidade tal, que não comporta processos de elaboração sobre como estamos vivendo e quais as conseqüências possíveis, vislumbráveis, desse modo de viver.

A questão da procriação, ou melhor, da reprodução, nunca foi, como agora, tão essencialmente uma questão médica. Em nome da ciência, a tecnologia atua e esboça suas cartografias sobre o corpo, sobre a sexualidade e também sobre a procriação, esta última transformada apenas em reprodução. Um discurso tal, que para tudo tem resposta, que encobre todas as falhas e tem soluções para as frustrações e os “a menos” que sempre atormentaram homens e mulheres no campo da sexualidade e da fertilidade.

O principal objetivo deste trabalho é compreender como as mulheres são afetadas, como vivenciam e elaboram a busca pela maternidade através da assistência médica e tecnológica. Através das falas das participantes, muitos temas que cabem neste objetivo (e muitos outros que o ultrapassam) emergiram e foram trabalhados ao longo de três capítulos. Mais do que falas sobre experiências com a reprodução assistida, temos falas, vivências e experiências de mulheres. Assim, a questão do feminino perpassa toda a narrativa da investigação.

O primeiro capítulo enfatiza a dimensão dos vários tratamentos, da maneira que foram falados, dentro do universo de subjetividades e de desejo de filhos, de nossas participantes, alimentada por uma paisagem cultural contemporânea, que se fundamenta no discurso científico e tecnológico e que disponibiliza novas alternativas no campo da reprodução humana, referentes ao problema da infertilidade, mas que o ultrapassam. Também traz algumas reflexões a respeito de repercussões sociais e éticas carreadas pelo tema.

O segundo capítulo enfoca a dimensão da associação entre o feminino e a maternidade, através das falas das participantes e de suas vivências com a reprodução assistida, e de elementos históricos e atuais, assim como as questões sexuais, sócio culturais e de gênero, no que se refere à feminilidade.

O terceiro e último capítulo traz a família em suas configurações, simultaneamente, novas e antigas e o casal, retratado na narrativa das mulheres, afetado pelas novas tecnologias reprodutivas e pelas dinâmicas acionadas pelos tratamentos para engravidar, bem como considerações a respeito da parentalidade e filiação.

Assistimos, ao lado da realização do sonho dos casais, a mudanças nos relacionamentos entre pais e filhos e entre a população em geral e o conhecimento científico, e a uma reorganização do que costumamos chamar sujeito e objeto. Mister se faz refletir sobre as posições subjetivas dessas novas mulheres e novas famílias e a configuração de um *ethos*, uma morada possível diante das novas tecnologias reprodutivas.

Não podemos esquecer, neste momento, de que tradição é algo apenas compreensível numa cultura e numa sociedade que acolhem a mudança como possibilidade e como horizonte. Dessa maneira, nesse jogo de mudanças visíveis e palpáveis nos valores culturais e no *ethos* contemporâneo, não nos cabe um conservadorismo ou uma eterna representação saudosa e nostálgica dos serenos tempos de outrora, pois eles não eram tão serenos assim. Cada época traz sua norma e seu desvio, assim como seu adocimento e seu esplendor, harmonia e sintoma. “Conservadorismo não é defender a tradição; é resistir ao surgimento de novas tradições” (COSTA, 1995: p: 41).

Cabe-nos sim, a tarefa de compor com todos esses novos arranjos para compreender os vocabulários e as formas de vida do nosso tempo, sabendo que sempre serão promotores de vida, morte e de criação, de saúde e de doença, da melhor e mais saudável maneira possível, sem, porém, deixar-nos subjugar.

2.UM CAMINHO POSSÍVEL, DENTRE OUTROS TANTOS CAMINHOS.

Caminante, no hay camino, se hace camino al andar.
Antonio Machado (Proverbios y cantares)

Um fenômeno que sempre nos interessou foi a problemática da mulher contemporânea e do feminino, em relação à fecundidade e à maternidade. Assim, surgiu o recorte de uma investigação que enfatiza a dimensão das novas tecnologias de procriação. A princípio objeto de um estudo teórico para o curso de Especialização em Psicologia da Família, no Mestrado em Psicologia Clínica esse tema foi ampliado e se esboçou através de uma investigação teórica e de campo, qualitativa, que visa à compreensão da experiência de mulheres que buscam a maternidade através de tecnologias de procriação.

Desse modo, essa pesquisa teve como participantes mulheres que já estiveram ou que estão em tratamento para engravidar, independente de êxito no tratamento. O fato de termos tomado tanto mulheres que engravidaram e levaram a termo a gestação, como também as que ainda não conseguiram engravidar, ou não conseguiram chegar ao fim da gravidez e ao nascimento do filho, através desses métodos, justifica-se em razão de que nosso interesse primordial é compreender como essas mulheres se sentem diante da possibilidade de ter filhos, preponderantemente, através de uma intervenção médica, quais suas expectativas e o que povoa o imaginário em relação à maternidade, e não apenas a realização da maternidade.

Este é um trabalho qualitativo que visa à produção de sentidos a partir das narrativas das participantes e da associação de suas falas com referências e influências teóricas, já existentes. Estimuladas à procura e à leitura pelos temas emergentes nas entrevistas, assim como, por paradigmas e por tendências relacionadas, também, com o momento do sujeito pesquisador, foram realizadas entrevistas com oito mulheres, a princípio. Esse número foi, posteriormente,

reduzido para seis, em virtude de que duas delas não permitiram a gravação da entrevista. Assim foram consideradas, para análise, as seis entrevistas restantes, gravadas e transcritas.

Há muito, temos buscado referências na história da Família, nos estudos culturais, na sociologia, na psicologia e na psicanálise, entre outras perspectivas teóricas. No entanto, procuramos especialmente vislumbrar os aspectos psicológicos, o que norteou nossa pesquisa no momento em que nos defrontamos com a fala de mulheres reais. Ademais, a natureza do tema gerou a necessidade de buscarmos, também, auxílio e informação junto à literatura médica e biológica sobre o assunto.

As referências teóricas que contribuíram para a construção deste trabalho transitaram por autores que discutem a respeito do mal-estar na cultura, da pós-modernidade, cultura e subjetividade, ética e bioética, gênero, feminilidade, história da família, medicina reprodutiva, da clínica psicológica e psicanalítica com mulheres e casais inférteis, entre psicólogos, psicanalistas, médicos, sociólogos, filósofos, antropólogos, historiadores.

Assim, uma questão nos inquietou desde o início, mas, ao começarmos a escutar essas mulheres, assumiu uma proporção bem maior. A questão era: como poderíamos tratar esse tema apenas do ponto de vista da psicologia clínica, se é tão forte e tão exuberante o discurso do corpo real, do corpo físico?

Ficou claro, para nós, que a experiência de maternidade efetiva dessas mulheres, assim como a vivência de expectativas de maternidade - para as que estão tentando, mas ainda não conseguiram engravidar - não é um fato apenas natural ou social, mas sim, algo que é de ordem psicossomática, além de cultural, e isso salta aos olhos.

Essas mulheres nos falaram de sua feminilidade, inclusive, através de seus óvulos, trompas e útero, assim como dos exames e das técnicas de fertilização e implantação invasivas, que adentram seus “corpos-fêmea-mãe”. Elas vivenciam a maternidade e seus bebês como corpos preciosos e frágeis, supervalorizados como existência material, antes de qualquer coisa, pois sofrem muito para

conseguir terminar o procedimento longo, penoso e muito oneroso, em todos os sentidos, com um bebê real em seus braços.

O colorido afetivo com o qual elas nos relataram a sua experiência, tenha sido ela recente ou antiga, pois algumas delas têm filhos com quatro, cinco, até oito anos, é vigorosamente fresco, como se tivesse acontecido ainda ontem. E, por mais que falem que tudo valeu e vale a pena, pois seus filhos estão aí (ou ainda não estão, mas elas acreditam que virão), ou que tudo acabou a partir do momento que as crianças entraram em cena, é notório o sentimento de que algo ficou e faz parte da vida delas e/ou de sua maternagem até hoje.

São mulheres que vivem relações de quantidade, ao lado das de qualidade, em relação à sua maternidade, ou à ausência dela. Desde o início, é muito significativa a quantidade de óvulos que conseguem produzir sob estimulação, a quantidade de espermatozoides no sêmen dos maridos, a quantidade de embriões viáveis que conseguem fertilizar, a quantidade de embriões implantados que conseguem vingar, a quantidade de bebês em sua barriga, pois quase sempre é mais de um ao mesmo tempo.

Começamos a nos interrogar sobre o que é o fenômeno e passamos para o aspecto de como ele se manifesta. A fertilidade/infertilidade e maternidade efetiva ou buscada carregam uma multiplicidade: um corpo físico, tão entranhado como um corpo simbólico, na construção do que para a mulher é ser mãe. Não poderíamos desconsiderar nem um, nem outro.

Na medida em que as entrevistas eram realizadas e entrávamos em contato com o inesperado e o surpreendente na fala de nossas mulheres, víamo-nos diante de uma enorme dificuldade para comunicar os diferentes níveis do trabalho: físico, biológico, individual, afetivo, cultural, do feminino. E também para propor experiências compartilhadas, além de experiências singulares, não apenas entre as mulheres que estão nessa situação, mas também para o feminino na contemporaneidade, pois os procedimentos de reprodução assistida também se inserem na cultura e na concepção atual do feminino.

E, mais que isto, um desafio de fazer do caminho de uma dissertação uma proposta pedagógica, de questionamento, de contestação, um caminho que desse

lugar ao múltiplo, que não se contentasse apenas em descrever e respeitar o fenômeno, como o diferente.

Assim, a complexidade se impôs, atravessou-se em nosso caminho com um caráter inexorável de urgência e necessidade (e de aflição). Um método que se faz na complexidade, para Morin, Ciurana e Motta (2003), é algo diferente de um programa, que se pré-determina e o qual se executa mecanicamente, sem se deixar afetar por tudo que se manifesta (e que não estava no programa), através de uma atitude de adequação. Pensar o método como um programa configura uma verdadeira atualização do papel do monstro mitológico, Procastes, esticando ou cortando os corpos de suas vítimas, para que coubessem no leito imutável.

O método não é algo pronto, que se traduz em receitas que ensinam alguém a fazer algo. É sim, uma forma de pensar, um caminho que vai se delineando ao longo da investigação, que vai se construindo como um trabalho artesanal. A complexidade nos diz que no mesmo espaço e tempo há lugar para ordem e desordem, determinismos e acasos, clarezas e incertezas. O método vai ser, então, a atitude estratégica, a atividade pensante e criativa do sujeito diante do fenômeno, da diversidade, do risco, do mal-estar e da errância.

É o esforço da racionalidade criadora do homem que busca as verdades num caminho sem fim, diante do que o surpreende, aquilo que se coloca como fora da norma, que belisca as comodidades, ou seja, o fenômeno. Só nos interessamos pelo fenômeno porque ele nos incomoda. Toda investigação produz uma obra, e toda obra é sempre um ensaio, carrega verdades fugazes, sem que sejam, por isso, desmerecedoras de crença, pois nos afetam, e que se apresentam como verdades cidadãs de uma configuração de mundo, mas não necessariamente de outras.

Método é caminho, é travessia que gera conhecimento, experiência e sabedoria, transita entre certezas e incertezas, representações e aparências, figuras e fundo. Assim, “o método não precede a experiência, o método emerge durante a experiência e se apresenta, ao final, talvez para uma nova viagem” (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003: p. 20). Ou seja, a obra que trata da investigação tem sempre a faculdade de abrir novas questões, novos caminhos,

novas propostas de problemas. Teorias e métodos caminham juntos, desde que se considerem as teorias como algo que permite o conhecimento, possibilita partidas, como possibilidades de se tratar um problema. Uma teoria só adquire vida através do pleno emprego, pelos sujeitos, de suas faculdades páticas e pensantes, práticas e criativas, de agir sobre o mundo.

Não devemos confundir essa acepção de método com improvisação, longe disso, é a responsabilidade, a implicação, a faculdade de afetação pelo fenômeno do pesquisador que indicam sua seriedade e rigor, e o compromisso ético de sua pesquisa.

Refletimos e discutimos inúmeras questões mesmo antes de iniciar o trabalho de coleta dos depoimentos, assim como durante e depois da coleta, porém não foi possível, nem viável, abordar todas. Entre estas questões, podemos apontar o desejo pelo filho biológico, no universo do casal que não pode conceber espontaneamente, assim como os sentimentos, do ponto de vista das mulheres, muito embora os homens se fizessem presentes através das falas delas, envolvidos nessa incapacidade, permanente ou provisória, para procriar, e a questão do mal-estar em relação à infertilidade na cultura da contemporaneidade.

Também assinalamos a questão do relacionamento das mulheres e casais com a figura dos diversos especialistas, elemento imprescindível nessa temática, assim como o modo como o casal e a família são afetados pela presença desse elemento. Igualmente importante neste tema é a compreensão de como os sujeitos se sentem diante das técnicas e procedimentos sobre eles aplicados, como eles encaram questões difíceis, de repercussões múltiplas, trazidas pelo desenvolvimento tecnológico, a exemplo da criopreservação de embriões, abortamentos, gravidez múltipla, entre outros.

Apesar disso tudo ter sido tratado, com maior ou menor atenção e ênfase, o que ficou mais preponderantemente em foco foi poder compreender a maneira como as mulheres vivenciam os tratamentos e como foi possível, para elas, produzir uma elaboração de tudo o que viveram, ou seja, de como construíram suas experiências com a reprodução assistida. Pois todas as questões acima descritas contribuíram e afluíram para o leito principal dessa compreensão.

Com esse propósito, o instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada, a partir de uma pergunta disparadora. Esta consistiu em lançar um pedido para que as participantes contassem como foi, e como estava sendo, suas vivências com a reprodução assistida, a partir do momento em que começaram a pensar em ser mães, ou desejaram ter filhos.

As entrevistas foram realizadas por intermédio de indicação, mediante acerto prévio, por telefone, no local que as participantes consideravam mais adequado, por suas conveniências, em momentos que puderam falar à vontade, com tranquilidade e tempo livre. Foram gravadas, depois de autorizado por elas, que também registraram por escrito seu consentimento. As entrevistas foram transcritas literalmente após a coleta, tendo sido atribuídos nomes fictícios às participantes, em nada semelhantes aos originais. Foram também registradas observações sobre o momento da entrevista e a postura das participantes.

Também sentimos a necessidade de procurar profissionais envolvidos no processo, nas áreas de fertilização assistida, ginecologia e obstetrícia, psicologia e psicanálise, pois eles acompanham estas mulheres em vários momentos diferentes de sua jornada. Tais profissionais não fizeram parte da pesquisa como participantes, pois o foco estava nas mulheres, mas contribuíram com valiosas informações e observações através de testemunhos de sua prática com essas mulheres, e de como compreendem o que está sendo vivido por elas.

Foi utilizado para a análise do material, obtido através da coleta, o método de análise de conteúdo, no enfoque da pesquisa qualitativa, priorizando as narrativas em sua totalidade, não apenas frases isoladas. Isso não apenas enriqueceu os caminhos da análise como também possibilitou a investigação “do *que é* e também do *como é*”, ou seja, do que aparece e se manifesta enquanto fenômeno a ser estudado (CRITELLI, 1996).

A análise de conteúdo é um termo geral, que abrange diversas técnicas e atitudes. Ela parte de um primeiro plano para um nível mais profundo, que vai além dos significados literais. É uma articulação entre estruturas semânticas e sociológicas, entre os enunciados e fatores, como contexto cultural e processo de produção da comunicação (MINAYO, 1999).

Dentro do universo da análise de conteúdo, e por ser uma das formas que melhor serve à investigação qualitativa, foi feita a análise temática do que emergiu a partir das narrativas das participantes, tentando-se compreender núcleos de sentido, tendências, posicionamentos, valores dos entrevistados, relacionando os temas, no que foi possível, com a fundamentação teórica que nos serve de guia, e que foi sendo construída antes, durante e depois. Porém, igualmente, elaborando considerações em relação ao fenômeno que se mostra, que emerge, e que não pode ser apropriado totalmente *a priori* por nenhuma teoria, pois a proposta de análise temática para a investigação qualitativa valoriza e trabalha com uma trama de significados e não apenas com categorizações e inferências estatísticas, o que, sem dúvida, é uma importante possibilidade de trabalho e análise, porém não contemplada neste estudo (MINAYO, 1999).

A análise é uma busca de compreensão dos sentidos, uma compreensão finita da comunicação, que ocupa um lugar no tempo e no espaço, uma vez que um contexto passível de compreensão é sempre, também, questionável e incompreensível. Ela sempre se constitui em uma dialética, pois a investigação pode mais que simplesmente compreender a realidade, ela se exerce, sobretudo, em seu questionamento. Um trabalho crítico visa a uma imbricação entre método e o fenômeno, interpretação e transformação.

Interpretar um texto é penetrar em seu tempo e, ao mesmo tempo, ir de encontro a ele. Não há pesquisador imparcial, nem ponto de vista fora do homem e da história, assim como no processo de conhecimento não há consenso nem ponto final. O produto final de uma pesquisa é sempre provisório, porém sua compreensão não pode ser apenas nos moldes de uma descrição imparcial, mas sim entendida como um apelo, um compromisso social, ético e político, que enfatiza a condição humana de um ser de criação (MINAYO, 1999).

A interpretação dos dados vai se manifestar como uma totalidade especulativa, baseada em um fenômeno percebido em um contexto geral, inclusive sociocultural. “As descrições dos fenômenos estão impregnadas dos significados que o ambiente lhes outorga” (TRIVIÑOS, 1992: p. 128). As descrições são resultado de uma maneira de ver subjetiva, e os significados, que

os participantes atribuem aos fenômenos de sua existência, também dependem do meio cultural.

Analisar conteúdos é produzir núcleos de sentido, que se intercambiam, mas, ao mesmo tempo, se autonomizam, emergem do contexto limitado da fala transcrita para ganhar vida e novas associações, em novas composições, com outros sujeitos, como o próprio pesquisador e os referenciais teóricos.

A análise dos problemas trazidos pelas falas de nossas participantes nos colocou diante de outros temas, que foram surgindo durante as entrevistas realizadas, a exemplo da questão da adoção, da subjetivação infantil e as questões de gênero masculino/feminino na cultura. No entanto, tentamos destacar a perspectiva feminina, considerando, principalmente, os aspectos psicológicos da feminilidade e da maternidade e a relação dos sujeitos com a técnica da procriação assistida, que afeta suas vidas e seus relacionamentos.

Percebemos, aos poucos, que a pergunta inicial ensejava uma narrativa, pela participante, da história de seus tratamentos, passados e presentes. Curiosamente, o que recebemos, em contrapartida, foram histórias de vidas também. Seguindo o ritmo e os temas que as participantes estabeleciam em suas narrativas, outras questões, além da pergunta inicial, eram postas, que se relacionavam com o que estava sendo falado, e que também estimulavam posicionamentos, como em relação à infertilidade, à maternidade, aos especialistas e à técnica.

Uma vez que a experiência de cada participante é única e transitória, a sua narrativa é algo que produz um lugar de parada. Um lugar de onde pode ser pensada uma tentativa de interpretação, uma reflexão que se faz necessária face às inúmeras e delicadas questões que concernem ao tema. A narrativa é, por excelência, um meio privilegiado de acesso à experiência.

A narrativa, para Benjamin (1985), está desaparecendo, como se o mundo moderno nos tivesse privado da faculdade de intercambiar nossas experiências. Aos poucos, a configuração que foi se formando, a partir da burguesia, imprensa, capitalismo, a evolução das forças produtivas na história da humanidade, foi expulsando, gradativamente, a narrativa do discurso, substituindo-a pela

informação. As guerras mundiais, que enriqueceram muitos e empobreceram muitos mais, também contribuíram para emudecer as pessoas. A narrativa, traduzida em um saber que vinha de longe (dimensão espacial) ou da tradição local (dimensão temporal), foi sendo substituída pela informação, que se consome em uma verificação imediata, plausível, atual, que tem vida curta, vindo logo outra em seu lugar. “O homem de hoje não cultiva o que não pode ser abreviado” (p. 206).

“O narrador retira da experiência o que ele conta: sua própria experiência ou a relatada pelos outros. E incorpora as coisas narradas à experiência de seus ouvintes” (BENJAMIN, 1985: p. 201). A fonte do narrador é a experiência que passa de pessoa para pessoa. A narrativa traz, em si, uma utilidade, um ensinamento, que se traduz em sabedoria, elaborada através da substância de nossas existências. A narrativa, ao contrário da informação, evita explicações e deixa aquele que lê e escuta livre para dar os seus próprios sentidos, a sua direção, abrindo, e não fechando o que está sendo narrado, lido e escutado. A narrativa mergulha o fenômeno na vida e na subjetividade do narrador, mas também o retira dele. O trabalho do narrador se vê com vida própria, desvencilhado dele e de sua posse. A narrativa a ninguém e a todos pertence.

A narrativa possui eficácia simbólica (LÉVI-STRAUSS, 1996). Ela confere ordenação e compreensão ao caos, mesmo que temporária, mas o suficiente para aplacar a angústia, diante do vivido, do novo, e possibilitar a fala e a escuta. A narrativa visa reconstituir experiências reais, substituindo protagonistas de experiências míticas que todos temos, promovendo a incorporação, pelos sujeitos, de seus mitos pessoais. Promove a manipulação, pelos sujeitos, da substância do vivido, promovendo, assim, experiência. Assim, através do compartilhamento de experiências, pluralidade, promove histórias únicas e singularidade, que se retroalimentam e que não estancam, continuam afetando os sujeitos.

As narrativas de nossas participantes, assim, denotam uma tentativa de elaboração, uma criação, uma composição momentânea, com os elementos que as estão afetando mais, com as idéias, reflexões, sentimentos, memórias possíveis para elas naquele momento. Certamente, o fato de terem conseguido

atingir seus objetivos, seus filhos, com a reprodução assistida, assim como as inúmeras tentativas até o momento vãs, influenciam muito no que elas nos contam e como elas nos contam. A narrativa que cada uma elabora não é para sempre, não se configura como “a verdade absoluta dos fatos”, ou da própria experiência delas.

A descrição atenta de um fenômeno que perturba, por ser desconhecido e apanhar os viventes em sua maior sensibilidade, promove sentido, pausa, descanso e elaboração. A elaboração consiste em tornar pensável, incorporável, tolerável e aceitável, pelo sujeito, uma situação dada em termos afetivos, vivência, catarse, reação. A elaboração visa a incorporar e enriquecer uma situação para a qual, a princípio, só podemos “re-agir”, por sua arbitrariedade e sua intensidade.

Nenhuma forma de entrevista, que vise a uma pesquisa, de um tema delimitado, que já foi previamente muito estudado, se estabelece de uma forma totalmente aberta. Nenhum pesquisador se debruça sobre um fenômeno em absoluta suspensão de idéias e valores, aberto, vazio, isento. O pesquisador é sujeito e, assim como os participantes, carrega consigo suas bagagens, suas tendências, suas leituras, o seu momento, a sua subjetividade. No entanto, é preciso sim, estar aberto para compor com o novo, com o inusitado, com a diversidade, com o desvio que a pesquisa vai-nos impondo, através da singularidade de cada entrevistado. O fenômeno é aquilo que nos surpreende.

O vivido é alma para a experiência, pois é, ao mesmo tempo, singular e plural, inscrevendo-se no particular e acontecendo no contexto da pluralidade (coexistência) humana (SOUZA; DIAS; MORATO, 2001). Assim, torna-se possível a comunicação de experiências entre ouvintes e falantes, pois o que se extrai é uma teia de articulações e sentidos possíveis, e que se manifesta e se esvaece quase como em uma condenação de liberdade e angústia, condição do homem. Participantes que contam e narram, pesquisadores, que, ao analisarem, também contam e narram, envolvem-se nesse jogo singular e plural que uma atitude fenomenológica chama de investigação.

A pesquisa é um trabalho tecido a muitas mãos, é um compartilhamento de vivências e de experiências, e a sua forma final, pronta, escrita, é uma tentativa de

atribuir sentido, em meio a uma teia de experiências. Assim, a própria pesquisa, no final, mostra-se como uma narrativa, composta sobre muitas narrativas.

O pesquisador-narrador vai transmitir as experiências de seu tempo, de sua época, da comunidade e da cultura em que se insere. Vai ser um contador de histórias, que visa a preservar a paisagem cultural e subjetiva de seu tempo, vai contribuir para a memória, mas não o faz aprisionando sentidos ou impondo uma imagem a se perpetuar. Vai, sim, oferecer uma maneira de contar, um caminho possível, pleno de sentidos que não se esgotam naquela forma, naquele conteúdo, mas que permitem aos que escutam e que lêem, produzir seus próprios sentidos e continuar o trabalho de tecelagem, compondo novas redes, novas teias, e novas histórias.

Uma investigação e seu produto, o trabalho final, requer mudanças de registro constantes. Do pensar ao falar, do falar ao escutar, do escutar ao escrever, do escrever ao ler, e deste, novamente ao escutar e ao pensar, enfim, a fala requer compreensão, entendimento do que se diz, receber do outro e criar o próprio. Nessas mudanças de registro, muito se perde, muito se modifica, afasta-se, desvia-se do original. Ser fiel ao que se escuta é, na maioria das vezes, ultrapassá-lo.

Ouvido e vista funcionam combinadamente no homem e o distinguem desde os primórdios da vida em comunidade. Ler é ouvir. Quando lemos o escrito, não apenas o vemos, mas o escutamos, sobretudo. “Ter a capacidade de ouvir, é ter a capacidade de compreender” (GADAMER, 1998: p. 71, capítulo traduzido por Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas).

Ler é elaborar um cenário interior e se posicionar nele, desse modo, é também um ouvir interior, é dar presença ao não presente, ou ao não vivido, é poder participar da história de outro, e poder se ver no lugar dele. Quem conta algo, desperta naqueles que lêem, e naqueles que ouvem, a sensação de pertencimento, de presença. Ler e escutar é uma forma de se deixar dizer algo, isso é compreensão. Compreender é antecipar sentidos, e assim o sendo, é buscar, errar, voltar, encontrar.

A transmissão de experiências é o motor fundamental de toda e qualquer investigação e de seus produtos e criações. Promove solidariedade de existências, identificações e recusas, e, assim, novas configurações subjetivas, novos posicionamentos diante do nosso tempo e da nossa forma de vida, novos tempos e novas formas de vida. Esse, sem dúvida, é o grande compromisso ético de toda pesquisa.

A pesquisa, a partir de um dado momento, vai se vendo alforriada do e pelo pesquisador. Desse modo, ela nunca, jamais é propriedade daquele que lhe emprestou forma e meio de expressão, mas sim, começa a existir a partir do momento que se desvencilha dele, que passa a ser do mundo, afetar os outros, promover sentidos, ou seja, quando co-existe. Como uma criança, que começa a ser sujeito quando se desgarra do chão e da fala do outro, assumindo, ao mesmo tempo, sua herança e sua liberdade para ser.

Pensar o fenômeno que se investiga como diferença e esta como múltiplo, como processo de diferenciação, implica pensar as identidades e também abre caminho para a noção de solidariedade, pois se a memória funda a identidade, o esquecimento permite a alteridade e ambos se enredam (LINS, 1997). Que se possa operar, com o resultado deste trabalho, uma desconstrução, no sentido de desfazer, descompor, dessedimentar, e também no sentido de compreensão e de reconstrução dos valores que dizem respeito a uma cultura do feminino e da maternidade na contemporaneidade.

3.HISTÓRIAS DE TRATAMENTOS, HISTÓRIAS DE VIDAS.

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres...
Chico Buarque (Mulheres de Atenas)

Renata¹, 28 anos, casada, escolaridade nível superior, fisioterapeuta e funcionária pública. Reside na cidade de Recife/PE. Entrevista realizada em 27.06.2003. Duração: 50 minutos.

“Eu não posso perder meus ovários”.

Renata casou aos 24 anos e nunca tomou precauções para não engravidar, pois desejava a gravidez de pronto. Porém, ao final de dois anos sem evitar a gravidez, ela não vinha. O casal começou a se questionar sobre o porquê desse fato e procurou, cada um, um médico, e foi constatado que os dois apresentavam problemas de fertilidade.

Seu marido fez uma intervenção cirúrgica para varicocele, porém não foi alcançado o resultado desejado, não retornando a quantidade esperada de espermatozoides com boa formação.

Ela, por sua vez, aos 26 anos, procurou sua ginecologista, que iniciou um tratamento à base de indução de ovulação, através da administração de medicamentos. Durante cinco meses, foram realizados três ciclos de indução ovulatória, a gravidez novamente não aconteceu, e Renata apresentou complicações ovarianas, decorrentes do tratamento hormonal, o que inclusive, por pouco, não terminou em intervenção cirúrgica.

A expectativa da gravidez de Renata, por parte do casal, era grande em relação a esse primeiro tratamento, pois, para os dois, tratava-se de um pequeno problema que seria rapidamente contornado. Eles nunca contaram, realmente,

¹ Os nomes das participantes que aparecem nesta seção são fictícios, para preservar suas identidades, não se assemelhando em nada aos originais.

com a interveniência de uma dificuldade tamanha para ter um filho, achavam que era algo simples e que aconteceria sem maiores dificuldades. Porém, depois de uma, duas, três tentativas e da complicação apresentada, a angústia tomou conta do casal.

Renata retornou à sua ginecologista, que assinalando o fim de suas tentativas e possibilidades, indicou-a para uma especialista em fertilização. Diante da nova especialista, foi diagnosticado um problema de endometriose, como sendo a causa de Renata não engravidar. O tratamento consistiu em uma intervenção cirúrgica, videolaparoscopia, onde foram tratados os focos encontrados de endometriose. Logo após, a especialista fez a indicação de uma fertilização *in vitro*, FIV, o que foi recusado por Renata, que optou por fazer mais um ciclo de indução ovulatória. Novamente, não deu certo e a especialista apontou que a gravidez só poderia vir com a fertilização extracorpórea.

Começou o drama de Renata, pois a fertilização *in vitro* era muito cara e o casal não havia se preparado financeiramente para uma necessidade dessa ordem, já que nunca fez a menor idéia de que, um dia, teria de partir para isso. Além do mais, Renata se decepcionou com a atitude da médica, que ela compreendeu como fria, pois deixou claro que, quando eles resolvessem fazer a fertilização retornassem, o que foi entendido por Renata como “quando tiverem o dinheiro, voltem”.

O casal resolveu descansar e, tranqüilamente, começar a juntar dinheiro e esperar uma boa oportunidade para fazer a fertilização. A endometriose, porém, se agravou e Renata teve de fazer um tratamento muito caro para suas atuais condições financeiras, pois cada ampola custava em torno de quinhentos reais. Além disso, necessitava de administração contínua de anticoncepcional para evitar a menstruação. Em decorrência, como efeito colateral, Renata engordou, apresentou muitas varizes e uma espécie de menopausa antecipada, com muitos calores e muita irritação.

Renata já começava a desejar fazer a fertilização para terminar com tudo aquilo e também por acreditar que essa seria a única forma de engravidar. Resolveu procurar a especialista para decidir sobre a fertilização *in vitro*, porém o

valor estipulado para o tratamento era impraticável para eles e Renata resolveu não voltar mais à médica, nem tomar mais remédio.

Nesse intervalo, seu marido já estava profundamente angustiado temendo não poder mais ser pai, em decorrência da idade, uma vez que ele é oito anos mais velho que ela. Além disso, temia também pela saúde de sua mulher, depois de tantas intervenções, principalmente com a possibilidade de perda dos ovários. Os ovários de Renata já tinham sido “mexidos” mais de uma vez, e a preocupação com os ovários, para ambos, foi tomando vulto. E foi nessa encruzilhada de dúvidas, angústia e sofrimento que apareceu uma segunda especialista.

Participando de um grupo de casais, promovido pela Igreja freqüentada pelo casal, Renata colocou a sua situação e, para sua surpresa, uma das participantes do grupo disse que fazia fertilização e a convidou para fazer o tratamento, assinalando que ela só iria arcar com os custos da medicação.

Confirmada a questão da endometriose, agora agravada, foi realizada uma nova intervenção cirúrgica, dessa vez uma laparotomia, onde foram feitas intervenções nos dois ovários. Teve início, então, uma nova corrida contra o tempo, agora nem tanto pelo fator idade da mulher, mas em vista da possibilidade de perda dos ovários, o que iria inviabilizar, definitivamente, a gravidez.

Renata começou, então, o tratamento de fertilização, com muitas dificuldades financeiras, pois o casal não dispunha de dinheiro suficiente para arcar com as despesas, mesmo sendo apenas dos medicamentos, que custaram em torno de seis, sete mil reais. Renata assinala o sofrimento físico, além do psíquico, pois as injeções eram diárias, além das inúmeras coletas de sangue e exames de ultra-som endovaginal. Além disso, havia a obrigatoriedade do repouso e a angústia da expectativa, se iria dar certo ou não. E ainda se sentia obrigada a evitar demonstrar seu sofrimento para poupar seu marido, sentindo-se, assim, pressionada. Renata avalia o padecimento dele como um sentimento de impotência diante de sua situação, à qual ele assiste sem nada poder fazer, já que para ele, teoricamente, bastaria fazer a coleta dos espermatozoides.

Chegou o dia da coleta dos óvulos maduros para fazer a fecundação e, finalmente, a possível transferência dos embriões para o útero de Renata. Porém,

nessa coleta, só foram obtidos dois óvulos considerados fracos, não saudáveis, e que não puderam ser fecundados. A expectativa era muito grande e Renata sofreu muito diante da precariedade de seus óvulos.

Foi feito um novo ciclo de fertilização, e após toda aquela primeira etapa já descrita, foram coletados três óvulos, um considerado fraco e os outros dois saudáveis, que foram fecundados e, então, foram implantados dois embriões no útero de Renata. Começou, então, uma etapa muito difícil e angustiada de espera, em repouso absoluto, em torno de quinze dias, para, finalmente, poder fazer o exame que detecta a gravidez. Renata, em virtude do grande sofrimento da primeira vez, pela expectativa frustrada, dessa vez não estava muito confiante, novamente, em razão do número baixo de óvulos que havia conseguido produzir.

O resultado do exame deu negativo e a reação de Renata foi, segundo ela, mais tranquila, apenas com uma necessidade enorme de conversar, de falar sobre o assunto com as pessoas mais significativas para ela, que davam muito suporte. O marido, porém, entrou num isolamento muito grande, não atendia o telefone, não queria conversar com ninguém, nem mesmo com ela. Era dia de Natal, quando veio a resposta negativa, e ele ficou arrasado, inclusive, diante da expectativa dos outros, simplesmente não queria falar sobre o assunto.

Para Renata, dessa vez, o sofrimento foi menor, já que ela associa a sua expectativa à quantidade de óvulos que produz, o que regula o seu sofrimento. No momento da entrevista, ela estava se preparando, mais uma vez, para iniciar um novo ciclo de fertilização. Recentemente, tivemos informação de que já fez vários outros ciclos de FIV, mas ainda não conseguiu engravidar.

Denise, 37 anos, casada, escolaridade nível superior, engenheira e analista de sistemas, trabalha na área. Reside na região metropolitana de Recife/PE. Entrevista realizada em 21.07.2003. Duração: 40 minutos.

“Eu estou travada e não consigo sonhar”.

Denise se casou há nove anos atrás, aos 28 anos. Nos primeiros sete anos de casamento, evitou a gravidez, pois estava sempre ocupada com projetos de estudo e de profissão, sua vida sempre foi estudar. Durante esse período, o casal, de comum acordo, protelou a decisão de ter filhos. Há dois anos, resolveram que já era a hora de engravidar. Denise começou com os tratamentos tradicionais para engravidar com sua ginecologista, mas trocou várias vezes de médica, pois não se agradava dos procedimentos e também em razão de sua ansiedade crescente por uma gravidez que não vinha, mesmo sem ser evitada.

Em relação às seguidas substituições de ginecologista, Denise relata que não encontrava alguém que entendesse o seu problema, e, ao mesmo tempo, que a escutasse e compreendesse sua ansiedade, alguém que também resolvesse o problema, ao invés de dizer que sua dificuldade era “ansiedade”, o que a irritava, pois disso ela já sabia.

Conversando com outras pessoas, inclusive amigas suas que eram médicas, ela foi aconselhada a procurar um especialista em reprodução humana, o que foi aceito. Denise procurou uma especialista renomada, “a sumidade” na área, que, a princípio, diagnosticou o seu problema como sendo devido à endometriose, através de exames de ultra-som, porém um diagnóstico passível de ser confirmado apenas com um procedimento cirúrgico, o que foi realizado.

Confirmada a endometriose de grau considerado severo, Denise foi, de pronto, indicada para uma fertilização *in vitro*. Primeiramente, porém, foi feita uma cirurgia para tratar a endometriose, passando os meses seguintes evitando a menstruação e contra-indicada a gravidez. Depois, Denise foi liberada para que seu organismo reagisse por conta própria, mas ela não conseguiu engravidar. A partir daí, foi feito um procedimento de ovulação assistida, em que se estimula e monitora a ovulação, assim como se prescrevem as relações sexuais no período adequado para a fecundação.

Denise se submeteu à “bomba de medicamentos” e passou a enfrentar, além dessa, mais uma dificuldade: a de ordem financeira. Como as medicações não são cobertas pelo plano de saúde, o casal gastou muito dinheiro com várias tentativas de ciclos de ovulação assistida, um “dinheiro que não se tinha”, mas que

foi arranjado aqui e ali, pois não queriam interromper o tratamento. As tentativas restaram infrutíferas e o casal recebeu uma indicação para realizar uma inseminação artificial. Porém, como o preço da inseminação chegava ao dobro do que foi gasto com medicamentos, o casal resolveu parar um pouco, pois tinham se “descapitalizado” completamente, e não havia reserva para tal coisa, não era algo que pudesse ser programado.

O casal deu uma parada no tratamento também em virtude do mal-estar gerado pelas relações sexuais programadas e prescritas, contagem dos dias, além da necessidade de fazer uma poupança.

A entrevista foi realizada na ocasião de suspensão do tratamento. Recentemente, fui informada de que, meses depois, foi feita uma inseminação artificial, que não deu resultado, e, pouco depois, um ciclo de fertilização *in vitro*, ainda sem o resultado esperado.

Bernadete, 33 anos, casada, escolaridade nível médio, magistério. Trabalhou no comércio durante pouco tempo, atualmente não trabalha mais fora. Reside em Recife/PE. Entrevista realizada em 08.08.2003. Duração: 1:15h.

“Eu não tinha nem vontade de ser mãe”.

Primogênita de uma família com sete filhos, Bernadete sempre foi incumbida, por sua mãe, de cuidar dos irmãos. Sua vida era estudar e cuidar dos irmãos, de modo que “já não agüentava mais menino pela frente”. Quando começou a namorar o rapaz que viria a ser o seu marido, que já era separado e tinha um filho do primeiro casamento, não pensava em ser mãe. Inclusive, já sabia que ele apresentava problemas de fertilidade e que, mesmo tendo feito uma cirurgia, poderia ter dificuldades em ter mais filhos.

Porém, observando a maneira como seu marido olhava as outras crianças, na praia, na televisão, e compreendendo seu desejo e frustração por não ter mais filhos, ela começou a ter vontade de ser mãe, não por desejo próprio, mas porque

queria proporcionar isso a seu companheiro, por quem nutria um enorme sentimento, para “vê-lo ser pai”.

No entanto, a gravidez não vinha. Ela então procurou seu ginecologista e empreendeu o tradicional tratamento para engravidar, sem que desse certo. Vendo que seu marido ficava ainda mais ansioso, resolveu procurar um especialista em fertilidade, a quem já conhecia, pois ele já havia tratado uma pessoa da família. A indicação para o casal seria uma fertilização *in vitro*.

Há cinco anos atrás, porém, o casal, sem condições financeiras para o tratamento, levou um enorme susto ao tomar conhecimento dos custos da medicação e da quantidade de exames necessária. Ele voltou para casa e estava arrasado. Ela, por sua vez, pensou em adotar uma criança e fez uma proposta ao marido, segundo suas palavras: para “tranqüilizar a família” de origem dos dois. A adoção, no entanto, não foi levada adiante. Seis meses depois, uma pessoa da clínica de reprodução entrou em contato com Bernadete indagando se ela havia “engavetado o sonho de ser mãe”. Como, ainda nesse momento, a proposta de Bernadete era a de realizar o sonho de uma outra pessoa, dar um filho a seu marido, ela respondeu explicando que não poderia dispor da soma necessária de uma só vez, à vista.

O especialista, tomando conhecimento do fato, chamou o casal para conversar sobre o tratamento. Houve uma facilitação e um acordo quanto aos custos, foram postas em porcentagens as possibilidades de gravidez para o casal, e iniciou-se o tratamento. Bernadete assinala que ELA começou o tratamento, pois o “homem nem água toma”. Enfaticamente ela pontua que “não tinha problemas”, era “normal”, estava com a idade ideal para a gravidez e que o médico colocava o caso como muito “engraçado”, pelo fato de estar tratando alguém que não tinha nada, não era e nem estava infértil.

Trinta dias tomando hormônio para estimular a ovulação, começaram os primeiros exames e veio a sensação de estar sendo invadida, a revolta por estar sendo manipulada sem ter de fato nenhum “problema”. Na primeira ultrasonografia, Bernadete chegou em casa muito irritada e chateada com a situação, porém sem querer demonstrar nada a seu marido. Ao final das injeções, sua

ansiedade estava no ponto máximo, o que se agravava pelo fato da imposição de segredo por parte de seu marido, pois ela não podia contar nada a ninguém, nem mesmo à família ou aos amigos mais íntimos. Tudo se passava apenas entre o casal e os especialistas.

Mais um tempo de remédios para amadurecimento dos folículos, e o casal chegou à fase de retirada dos óvulos e coleta de sêmen para a fecundação. Foram retirados cinco óvulos e fecundados e transferidos quatro embriões. Porém, dos quatro, logo foi observado e comunicado que um deles era muito pequeno e que não iria se implantar.

Novamente, mais um tempo de repouso e espera para confirmação ou não da gravidez, um tempo vivido com enorme ansiedade, tanta que, ao final, no dia de pegar o resultado do exame de gravidez, ela não suportou e resolveu voltar ao trabalho, mesmo sob proibição médica. Bernadete conta que sua única fuga era o trabalho, pois se o exame desse negativo, ela não poderia nem reagir, chorar, demonstrar nada, uma vez que a fertilização era um segredo. Seu marido foi buscar o resultado do exame e foi confirmada a gravidez, o que foi vivido com uma grande emoção. Ao ser comunicada sobre a gravidez, a única reação de Bernadete foi afirmar que ela estava esperando trigêmeos, que seriam três, apesar de não ter feito ainda o exame que poderia assegurar a gestação múltipla.

Bernadete teve de deixar o trabalho e voltar para casa para retomar o repouso obrigatório. Ela se sentia muito estranha, por estar grávida de uma maneira tão diferente, “fora do normal”, mas, ao mesmo tempo, sentiu-se invadida por uma sensação de intenso júbilo, por agora se apropriar da gravidez, ela já se sentia “a grávida”, mas só pensava na questão dos três.

Invadida por um medo enorme diante da possibilidade de ser mãe de três crianças, ao mesmo tempo, ela só pensava em como iria cuidar, como iria alimentar, principalmente por não ter uma rede de apoio, pois sua mãe já havia morrido, sua sogra residia no interior, suas irmãs ainda eram menores e moravam com ela, não tinha relacionamento com vizinhos.

Bernadete sentia, também, um enorme medo de perder um dos bebês, que era muito pequeno e já havia sido cogitada a possibilidade de ele não se

desenvolver como os outros dois. Ela conta que nunca sentiu tanta dor com a expectativa de perda de uma pessoa, nem a morte de sua mãe a fizera se sentir assim. Tudo isso, ainda, agravado pelo fato de não poder compartilhar seus sentimentos com outras pessoas, apenas com seu marido.

Quando foi fazer a ultra-sonografia para confirmar os trigêmeos, não permitiu que o marido entrasse, pois era um assunto de sua propriedade, uma “coisa sua”. Confirmada a gestação de trigêmeos, ela pôde, enfim, comunicar ao marido que ficou estupefato, assim como todas as pessoas que estavam na recepção da clínica.

Passado o susto inicial, o marido foi tomado de uma alegria enorme, um orgulho, um sentimento de superação por toda a gestação, principalmente depois de saber que eram três meninas. Já para Bernadete, reintensificou-se o medo de perda, no primeiro trimestre de gravidez, agravado pelos cuidados, pela administração de progesterona, pelos exames, pelas consultas.

Foi uma gestação extremamente ansiosa, monitorada, uma gravidez que só teve “histórias de exames e de médicos”. Bernadete não teve tempo nem espaço para se preocupar com o enxoval, com o quarto dos bebês, as coisas, todo o seu investimento estava em cumprir as prescrições médicas à risca e com a preocupação e o medo de perder, além da angústia com a aproximação do nascimento.

Em virtude de complicações, como aumento de pressão arterial e diabetes gestacional, o nascimento dos bebês foi antecipado para o sétimo mês de gravidez. De uma hora para outra, sem poder se preparar, Bernadete foi avisada que teria de se internar para a “retirada” dos bebês. Ela foi assaltada por um medo enorme, por uma sensação de não estar preparada para a chegada dos bebês, um medo de morrer no parto.

Após um parto muito doloroso e difícil, Bernadete só pensava na questão de sua saúde e a das crianças. No entanto, ainda não conseguia se aproximar das filhas, nem se apropriar do fato de que era mãe. Sentindo-se mal, ela conta da necessidade que tinha de ficar sozinha, para enfim vivenciar todos os seus medos, suas angústias, tudo que não vivenciara na gravidez em virtude da preocupação

com as prescrições. Teve alta sozinha, os bebês ficaram na UTI neonatal, em virtude da prematuridade. E, ao chegar em casa, trancou-se no quarto e chorou a tarde inteira. Tudo se passou naquele quarto, sozinha, enquanto chorava. Ela pôde enfim vivenciar e elaborar muitos sentimentos. À noite, refeita, ela partiu para o hospital, para, enfim, poder encontrar suas filhas e relacionar-se com elas.

Um dos bebês teve alta com uma semana, e os outros dois, com um mês, em virtude de complicações devido à prematuridade. Bernadete conta como foi importante para ela que apenas um bebê chegasse primeiro, para que ela pudesse ser mãe, compreender as necessidades da criança, identificar-se com ela, mas também sentia uma intensa ansiedade e sentimento de culpa pelos outros dois, que ela via duas vezes por dia, todos os dias, no hospital.

Com um bebê em casa, Bernadete passou a ser mãe 24 horas por dia, cuidando ela mesma do primeiro e depois dos outros. Com um exagero de emoção, de cuidado, de excelência materna, um sentimento de posse, um medo de que alguém, que não ela própria, cuide dos bebês, ela nos conta como é o sentimento de realização, de orgulho, de completude, por ter dado os filhos que o seu marido desejava, proporcionado a ele uma grande família.

Beatriz, 35 anos, casada, escolaridade superior, administradora de empresas. Trabalhou em empresa privada durante muitos anos, mas, atualmente, não trabalha fora. Mora na cidade de Recife/PE. Entrevista realizada em 11/09/2003. Duração: 50 min.

“Em São Paulo, na clínica de Dr. S., a tecnologia é de Primeiro Mundo”.

Beatriz conta que sempre desejou ter filhos, inclusive antes de se casar. E quando pensava no assunto e considerava a possibilidade de, por alguma razão, não poder gerá-los, pensava também em adotar crianças. O seu marido compartilhava de suas intenções. Aos quatro anos de casados, o casal resolveu parar de evitar a gravidez e deixar vir o filho esperado. Porém, ao final de um ano

de “liberação”, a gravidez não chegava e resolveram procurar um médico. Este achou a preocupação muito precoce, pois só consideraria a hipótese de infertilidade para o casal, após dois anos de tentativas sem êxito.

Inconformada com a situação, ela pediu que o médico fizesse alguns “examezinhos básicos”, o que foi feito, e foi detectada uma oligospermia - baixa produção de espermatozóides - bastante asseverada nos resultados de seu marido. O casal ficou arrasado, diante do diagnóstico e prognóstico desanimador. Eles não contavam que a tecnologia poderia ajudá-los, pois achavam algo muito distante, do qual só tinham notícias pela televisão, mas que não consideravam como uma opção viável e próxima deles. No entanto, o marido de Beatriz reagiu bem, dentro das possibilidades, de forma equilibrada, não fazia imposição de segredo acerca de sua condição, o casal conversava muito sobre a situação, a família e os amigos apoiavam.

Beatriz tentou contornar a situação de diversas maneiras, vários caminhos diferentes que a levassem à realização de seu desejo, ter filhos com seu marido e constituir uma família. Buscou, então, ajuda psicológica para lidar com o problema da infertilidade e a frustração que causava, assim como um tratamento espiritual junto ao centro espírita do qual fazia parte, procurou um especialista em fertilização e começou a procurar saber das possibilidades de adoção, fazendo sua inscrição junto ao juizado.

O casal investiu todos os recursos que dispunha em reserva e foi iniciado um primeiro ciclo de fertilização *in vitro*, numa clínica local. Beatriz, entretanto, apresentou uma complicação, a síndrome de hiperestimulação ovariana e, em decorrência disso, uma peritonite séria. Com o abdômen muito inchado e sentindo muitas dores, e já tendo aspirado os óvulos para fertilização, ela ligou para o especialista, o qual retrucou, por telefone, que se tratavam de gases e que ela tomasse um remédio indicado para tal e permanecesse em repouso, apenas aguardando o resultado da fecundação. Despediu-se dela dizendo “tchau mamãe” e ficou por isso mesmo.

Beatriz não tinha idéia do risco pelo qual estava passando e ficou boa “não sabe como”, pois não se tratava de gases e sim de líquido vazado do ovário no

abdômen. De alguma forma, o organismo absorveu, pois ela não foi tratada como sofrendo de uma peritonite causada pela síndrome do hiperestímulo. Foram transferidos quatro embriões para o útero, porém o exame de gravidez deu negativo. Arrasada, ela teve, de pronto, uma indicação para um novo ciclo de fertilização, o que foi feito seguidamente ao primeiro.

Novamente, ela apresentou o mesmo problema de forma ainda piorada. Com muita dor, ela recebeu as mesmas prescrições, sem sequer ser vista pelo médico. Do seu grupo de fertilização, cerca de 20 mulheres, só uma tinha engravidado e uma outra apresentou o mesmo problema de Beatriz, tendo de ser hospitalizada e terminou por perder o ovário. Também sequer foi vista pelo especialista que enviou um assistente.

Beatriz considera que sobreviveu a duas peritonites graves, sem tratamento adequado, porque “Deus quis”. Novamente, não conseguiu engravidar e mergulhou numa tristeza enorme. Seu único alento era o trabalho, pois chegando em casa era tomada de uma prostração, sem ânimo para nada. Foi quando soube, por intermédio de uma pessoa amiga, de um especialista renomado, na cidade de São Paulo, que vinha apresentando um índice de êxito muito grande nos tratamentos, isso por volta do ano de 1999. Ela ficou muito animada para consultá-lo e o casal foi para São Paulo, junto com outro casal amigo.

Chegando lá, a realidade de preço era outra, em dólar, e significava uma fortuna para as condições do casal. Na consulta junto ao especialista este indagou se Beatriz queria mesmo ser mãe e disse o seu preço. Beatriz considerou a situação muito comercial, mas acreditou na segurança do especialista. O casal fez um “pacote de três tentativas”, passou um cheque e voltaram muito apreensivos para Recife, a fim de conseguir apurar o dinheiro necessário.

As famílias de cada um ajudaram, ela pediu para ser demitida do emprego e usou a sua reserva de FGTS, de seguridade, e a indenização; o casal utilizou o que ainda dispunha de reserva e tudo investiram para cobrir as despesas do “pacote”. Foi um investimento, realmente, de caráter total, pois Beatriz conta que só não venderam o apartamento e o carro. O restante das despesas com viagem

e estada foi dividido em cartão de crédito, o qual passaram mais de um ano para quitar.

Beatriz passou a valorizar imensamente o especialista e o centro de reprodução de São Paulo, em relação aos locais (também por sua infeliz experiência), apontando e comparando as diferenças, os avanços, a alta tecnologia, os resultados alcançados, a certificação de qualidade internacional ISO, tudo de Primeiro Mundo. Aponta que lá só os médicos tocam nos pacientes, inclusive para tirar sangue para os exames. Nas reuniões com o grupo de casais para fertilização, as perguntas são endereçadas apenas aos médicos. Um especialista estrangeiro, pioneiro na reprodução assistida, faz parte do centro, lá não apenas se aplica tecnologia, mas também se desenvolve.

Iniciada uma terceira tentativa de fertilização *in vitro*, primeira em São Paulo, Beatriz aspirou os óvulos e voltou para Recife. Chegando aqui, apresentou o mesmo problema e ligou para o especialista paulista, indagando se poderia continuar tomando os mesmos remédios para gases a que estava acostumada. Para sua surpresa, ele mandou que ela imediatamente fosse para a clínica, pois era perigosíssimo o que ela estava apresentando.

Passou vinte e um dias se tratando em São Paulo. Foi feita a transferência dos embriões e, pela primeira vez, deu positivo o exame de gravidez, porém com uma taxa muito baixa, e ela foi recomendada por seu médico a não se animar. Repetiu o exame e já tinha perdido. Ficou novamente muito triste, incomunicável, não queria falar nem ver ninguém. Agravado pelo fato de sua amiga comum ter conseguido engravidar, o que ela interpretou como um merecimento da outra e que ela mesma poderia ser mãe de outra maneira, adotando. Porém, continuou em sua jornada com uma esperança, por já ter conseguido engravidar.

Aconselhada por seu especialista, voltou para casa para aguardar o tempo recomendado antes de se iniciar uma nova tentativa. Brincando, ela retrucou à prescrição do médico de passear e descansar, dizendo que não poderia fazê-lo, pois ele tinha ficado com todo o seu dinheiro. Passado um tempo, voltou para São Paulo para começar sua quarta tentativa de FIV. Pela quarta vez, apresentou o mesmo problema, mas dessa vez teve de fazer uma drenagem, pois, de outra

maneira, não seria possível transferir os embriões. A drenagem foi um procedimento muito doloroso, Beatriz sofreu imensamente para tirar três litros de líquido e sangue de dentro dela. Transferiu os embriões e, dessa vez, a gravidez tão esperada foi confirmada, e de apenas um bebê.

A alegria foi enorme, mas a gravidez se apresentou de uma maneira nada tranqüila, com muito medo de perder, muito estresse, medo de se mexer, de realizar as atividades comuns do dia-a-dia. Beatriz conta que tudo se agravou ainda mais, pois construiu imaginariamente uma situação bastante inusitada. No dia da transferência dos embriões havia um casal de uma etnia diferente da sua e de seu marido, e ela passou a gestação toda imaginando a possibilidade de terem trocado os embriões e que ela estava esperando o filho do outro casal. Sua agonia pessoal durou até o parto, quando exclamou sua preocupação, mas finalmente se tranqüilizou quando percebeu que não estava acontecendo o que ela imaginava.

Ainda grávida, o juizado a convocou para sua entrevista de adoção. Beatriz se sentia bastante dividida quanto à decisão de adotar, estando grávida de uma criança. A família e os amigos eram de opinião diferente, não aconselhavam a adoção, pois ela “já tinha o seu” filho. Mesmo assim, ela queria mais filhos e não possuía mais recursos para “fazer” outro daquela maneira e persistia na adoção, realizando a entrevista. Resolveu aguardar, no entanto, e não levou adiante o processo de adoção.

Para sua surpresa, quando sua filha já estava com um ano, teve de se submeter a uma cirurgia de hemorróidas, por agravamento de uma situação que se iniciara devido às grandes doses de hormônio às quais teve de se submeter durante os quatro ciclos de fertilização *in vitro*. Quando se recuperava da cirurgia percebeu o atraso menstrual e resolveu fazer um exame de gravidez, mesmo sem acreditar, e sem anuência de seu médico, que considerava impossível ela estar grávida “com esse espermograma” de seu marido. O exame foi feito, mas ninguém se preocupou em buscar o resultado, pois eles não acreditavam no fato. O resultado veio por fax, e constatou-se a gravidez espontânea do casal. Foi uma glória para o seu marido que tirou um peso enorme das costas.

E assim, aos trancos e sobressaltos, Beatriz e seu marido alcançaram a realidade de família que idealizaram, com os filhos que tanto desejavam e terminaram por desistir da adoção. E é com uma glorificação ao especialista paulista e a sensação de que tudo, mesmo com o grande sofrimento e o grande risco de vida que passou, tudo valeu a pena, e ela nos afirma que faria tudo de novo. Hoje ela se sente extremamente orgulhosa por sua família, com dois filhos, e por ter conseguido contribuir para “resolver a vida” de muitas pessoas indicando-os ao seu especialista.

Simone, 31 anos, casada, escolaridade nível superior, engenheira química, mestranda, trabalha na área. Reside na cidade de Recife/PE. Entrevista realizada em 17.09.2003. Duração: 50 min.

“Eu não sei se vou ter confiança, da próxima vez que eu engravidar”.

Simone, desde a adolescência, já apresentava irregularidades em seu ciclo menstrual. Apresentava ovários policísticos e não era todo mês que ovulava e menstruava. Porém, todos os médicos que consultou, ao longo do tempo, asseguraram-na de que não teria problemas para engravidar quando quisesse, bastaria um simples estímulo, que seria uma situação contornável.

Casou em torno dos 27 anos e foi morar com o marido fora do país para que os dois estudassem e se especializassem. Passaram um ano morando fora e, quando voltaram, mais um ano para se estabilizar financeiramente e como casal. Durante esse tempo, Simone evitou a gravidez fazendo uso de anticoncepcionais. Apesar de já saber que não ovulava regularmente, mesmo assim, ela não queria arriscar engravidar numa época em que ainda não desejava filhos.

No entanto, como ela nos conta, sempre teve dificuldades em tomar anticoncepcionais, pois não se acostumava à rotina de diariamente tomar o comprimido, na mesma hora e, freqüentemente, esquecia. Mesmo assim, ela não engravidava. Percebia o fato, mas ela não queria mesmo engravidar naquele

momento e deixava “para lá”, confiante de que, quando quisesse, conseguiria engravidar sem maiores problemas.

Aos 29 anos, no ano de 2001, o casal já estabilizado, decidiu que era a hora de ter filhos. Ela, por sua vez, já não agüentava mais o anticoncepcional, e resolveu deixar de evitar a gravidez. Entretanto, mais seis meses sem fazer uso nenhum de anticoncepcionais, a gravidez continuou ausente. Procurou seu ginecologista e lhe pediu para fazer o pequeno estímulo que sempre teve em mente, com comprimidos para estimular a ovulação, relações sexuais regulares e prescritas no período de provável ovulação, porém ainda não dava certo.

Teve a indicação de várias pessoas sobre uma especialista em fertilização e decidiu procurá-la, “mais por ser perto de sua casa”. Após todos os exames, foi confirmada a sua dificuldade em ovular, aparentemente, o único obstáculo visível para o casal conseguir conceber uma criança. Simone optou por um tratamento que começasse “desde o início”, tentar do começo, passar por todas as fases, ao contrário de ir direto para uma inseminação artificial ou fertilização *in vitro*. O mais apropriado para o seu problema, tendo em vista a sua idade, a sua condição reprodutiva e a do seu marido, seria um procedimento de ovulação assistida: injeções de hormônios para estimular o ovário a produzir folículos, exames de sangue, monitoramento de ovulação através de ultra-som para acompanhamento do desenvolvimento e da produção dos folículos. Tudo isso associado ao coito programado.

Confirmado o amadurecimento dos folículos e sua liberação, por ultra-som, durante os poucos dias de provável fertilidade, era prescrito para o casal relações sexuais regulares, de doze em doze horas. Depois, mais quinze dias de espera para fazer o exame de gravidez. Mais uma vez, não deu certo, a gravidez não se confirmou.

Numa segunda tentativa, repetidas todas as fases anteriores, foram liberados quatro folículos e três foram fecundados. A gravidez tão esperada veio, dois anos depois do começo das tentativas, no início do ano de 2003, porém de trigêmeos. Desesperada com a gravidez múltipla, Simone não conseguiu ficar feliz com a notícia, nem seu marido. Ambos ficaram em pânico com a possibilidade de

serem pais, de primeira viagem, e logo de três filhos. Simone só chorava, sofria muito com a realidade dos fatos, mas, aos poucos, foi tentando trabalhar melhor essa realidade consigo mesma.

Mesmo avisada, previamente, de que o procedimento de ovulação assistida, por estimulação ovariana de vários folículos a cada vez, poderia gerar uma gravidez múltipla, ela não se conformava com a idéia. E o aviso prévio não a impediu de ficar chocada, sentindo-se desamparada, sem chão, com a notícia. Ela nunca imaginou que pudesse acontecer com ela, até já tinha pensado em gêmeos, mas trigêmeos nunca.

Foi prevenida por sua especialista de que, por motivos de competição dos embriões dentro do útero, algum poderia não ir além no seu desenvolvimento, e foi o que aconteceu. Com menos de dois meses de gravidez perdeu um deles, por aborto espontâneo. Simone, ambivalentemente, ficou triste, mas também aliviada com o fato, e também sua médica. Pois uma gravidez de gêmeos assustava bem menos do que de trigêmeos, tanto em relação aos riscos à saúde física da mãe e das crianças, como também da maternagem em si.

Assim, tudo corria tranquilamente, a gestação de Simone ia muito bem, ela fazia o pré-natal cuidadosamente, todos os exames, ultra-sonografias muito regulares, até que inesperada e inexplicavelmente houve o rompimento de bolsa e, aos quatro meses de gestação, ela perdeu mais um dos seus bebês. Dessa vez ela ficou muito abalada e, apesar de aparentemente o outro continuar se desenvolvendo, pouco tempo depois, ela também o perdeu. Assim, depois de três abortos, Simone perdeu os seus três bebês, um por um.

A dor foi imensa, ela e seu marido ficaram abaladíssimos, muito tristes, deprimidos, tudo temporariamente ficou sem sentido para o casal. E ela sentiu muito o fato de não ter mais os seus filhos dentro dela, pois depois de quatro meses ela já estava vinculada a eles, já tinham nomes, ela se relacionava com eles, um por um. Para ela, já eram pessoas, já eram filhos.

Pela clínica, ela foi indicada a uma psicóloga, em virtude dos abortos, porém não chegou a fazer psicoterapia, resolveu se cuidar sozinha, ela e o seu marido, tentando superar o que aconteceu.

Ao tempo da entrevista, já havia passado alguns meses da perda da gravidez, e ela considerava já haver superado o fato, pronta para recomeçar. Estava voltando para a especialista, que investigava o que de fato havia acontecido para Simone perder os bebês, uma vez que tudo ia bem. Depois de alguns exames, foi levantada a hipótese de uma incompatibilidade do casal que, por razões imunológicas, poderia ter causado os abortos.

Sem estar muito certa disso, mas por ser a única hipótese mais viável de que dispunha, Simone se preparava para tomar umas doses de uma vacina feita à base do sangue de seu marido, para que ela pudesse se tornar imune e não produzisse mais o ataque ao feto, o que talvez tivesse sido a causa dos abortos.

No entanto, Simone não se conformava com a falta de garantias, não se conformava com o fato de que ninguém pudesse explicar o porquê de estar tudo bem com a gestação, sempre estava tudo bem nos exames, na monitoração, e de uma hora para outra ter perdido os bebês. O medo de perda tão presente nos discursos das mulheres que passam por um processo de fertilização assistida, aqui se consumou em perda de fato. O aborto, da maneira como aconteceu, foi um marco na história de Simone, deixou muitas conseqüências, entre elas, a falta de confiança no processo de tratamento para gravidez e acompanhamento da mesma. Ela reitera repetidas vezes a sua inconformação, e não sabe como irá ficar em uma próxima gestação, que ela acredita muito que virá.

E realmente veio. Recentemente chegou a nosso conhecimento que, pouco depois da entrevista, antes de iniciar um novo tratamento para engravidar e de partir para outra opção como inseminação artificial ou fertilização *in vitro*, que estavam na ordem do dia, Simone engravidou espontaneamente, de um bebê.

Eliane, 31 anos, casada, escolaridade nível superior, fonoaudióloga, trabalha na área. Reside na região metropolitana do Recife/PE. Entrevista realizada em 23.10.2003. Duração 1:00h.

“É muita coisa... é muito complicado”.

Eliane, quando se casou há mais de oito anos, já desejava ter filhos, assim como seu marido. Não evitava a gravidez, mas esta não vinha. Mesmo assim, ficava satisfeita também, pois no início do casamento eles estavam mais preocupados com o trabalho, a estabilidade financeira, aquisição de patrimônio, etc. Depois, o casal viajou para o estrangeiro, devido ao curso de doutorado do marido, e ela também aproveitou para estudar e se especializar. Mais uma vez o fato de Eliane não engravidar não trazia problemas, pois, do contrário, tudo teria sido muito mais difícil para os dois.

Todavia, o casal já se sentia mal com o fato de, com tantos anos de casados e sem evitar, a gravidez não vir. A situação foi tomando vulto para Eliane e seu marido, posto que os dois já estavam muito incomodados com essa questão. Ao mesmo tempo, a cunhada, esposa do irmão mais velho de Eliane engravidou e teve o bebê, o que fez com que ela mergulhasse num enorme mal-estar. Ela já se afetava muito e sofria com a notícia de gravidez de alguma pessoa conhecida, ou quando tinha de comprar algum presente para um bebê recém-nascido. Além disso, também acompanhava a vivência de uma amiga próxima, em tratamento de fertilização assistida, que já acumulava várias tentativas sem êxito.

Tudo isso, depois de oito anos, mobilizou o casal para que procurasse um médico e investigasse as possíveis razões para o fato. Eliane consultou sua ginecologista habitual, que iniciou o processo de investigação, através de exames e que apontou algumas possíveis causas, em Eliane, como a questão da idade, o que causava problemas uterinos e de trompas e a existência de pólipos que precisavam ser removidos. A médica propôs uma pequena cirurgia para ela e pediu também para investigar o marido.

O resultado do espermograma do marido foi fundamental para o diagnóstico da médica que, sem nenhum cuidado ou pudor, afirmou diante do casal que, “com aquele espermograma, não dava nem para fazer fertilização”. Eliane e seu marido ficaram chocados com o resultado e com a atitude da médica, e resolveram não voltar mais para ela. Ela então conseguiu, junto à sua amiga, o telefone de uma especialista em fertilização e marcou uma consulta, com o ânimo decidido de que “agora nós vamos ver o que está acontecendo”.

As primeiras consultas com a especialista foram muito difíceis para Eliane. O seu marido não se colocava, permanecendo mudo, apenas a acompanhava, e ela quase não conseguia falar e relatar tudo o que já tinha sido feito em matéria de exames. A especialista, por sua vez, mostrava-se reticente, não queria anteciper nada, parecia séria e distante, apenas com intenção de investigar primeiro, para depois elaborar um diagnóstico sobre as causas médicas da infertilidade do casal. Novos exames foram feitos, o resultado do exame do marido já se mostrou melhor, porém os resultados dos exames de Eliane mostraram vários problemas que obstaculizavam a fecundação, contornáveis, no entanto. Eliane, porém, se viu presa numa teia de culpabilizações, “de quem é a culpa”, ora atribuindo a si mesma, ora a seu marido.

Finalmente, a especialista colocou duas possibilidades para o casal, ou o marido se submetia a uma cirurgia para tentar recuperar uma quantidade adequada de espermatozóides no sêmen e eles esperavam para engravidar espontaneamente, ou a indicação seria de uma fertilização *in vitro*, diretamente, para tentar resolver a questão. Para Eliane, a situação era clara e a melhor opção seria a cirurgia do marido e alguns tratamentos para os problemas dela, não passou pela sua cabeça ir diretamente para a FIV. Porém, ela ficou surpresa, assim como chocada e decepcionada, quando o marido expôs sua opção pela FIV, esta, certamente, uma intervenção maciça sobre Eliane.

Para ela, foi um momento de crise no relacionamento com seu marido. Ela considerou a opção dele infantil e covarde, incomodou-se muito com o fato de que ela poderia se submeter a tudo, mas ele não. Afirmou, então, que não se submeteria à fertilização, mas conversando melhor e discutindo a situação com o marido, resolveu ceder, no entanto, intimamente, ficou muito decepcionada. Ela se viu numa situação em que geraria um filho praticamente sozinha, pois a participação dele, para ela, seria mínima.

Tendo o casal, apesar de tudo, concordado com a fertilização, teve início o tratamento. Para Eliane as primeiras semanas foram terríveis, por conta das injeções e do monitoramento. No entanto, ela percebeu que a especialista mudou de atitude, desdobrando-se em cuidados, em atenção, de maneira terna e próxima

do casal, o que, para ela, foi um ponto positivo para enfrentar o tratamento. Chegada a hora de aspirar os folículos, ela “conseguiu produzir” vinte e um óvulos, o que foi motivo de assombro para suas companheiras de grupo, pois produzir óvulos ali era uma matéria rara e preciosa, além de problemática para a maioria delas.

Dos vinte e um, treze foram fecundados e, dos treze, resultaram nove embriões para transferência. Contrariando o procedimento da maioria das mulheres, que geralmente implantam um número maior de embriões, Eliane, seguindo as orientações e explicações de sua especialista, considerando a sua idade e suas condições reprodutivas, decidiu por implantar apenas três, o que causou incômodo e até revolta entre as outras mulheres do grupo, pois ela “com tantos, só iria transferir três embriões”.

O que mais incomodou Eliane em sua escolha foi a questão de restarem seis embriões para criopreservação. Porém, o medo dos riscos de uma gravidez múltipla foi maior. Depois de uma grande ansiedade na espera, para saber se estava finalmente grávida, o resultado do exame de Eliane deu positivo e, pela taxa era mais de um, disse a especialista. Ela, no entanto, teve de esperar mais um mês, de grande ansiedade, para fazer o ultra-som e saber de quantos estava grávida. Enfim, ficaram dois embriões implantados, ela estava grávida de gêmeos.

Eliane ficou mais preocupada com a possibilidade de perder, de abortar espontaneamente, do que com a gravidez múltipla. A fase dos três primeiros meses foi muito difícil para ela, por conta do risco de perda e da medicação que tinha novamente de enfrentar. Passado o primeiro trimestre, Eliane vivenciou sua gestação mês a mês, aliviada por cada mês que estava passando e temendo muito a questão da prematuridade, além de se preocupar bastante com a questão dos embriões congelados e o que faria com eles. Uma gestação muito estressante.

Por fim, Eliane, que no momento da entrevista estava entrando no oitavo mês de gravidez, esperando pelo momento em que teria de parar de trabalhar e se submeter à cesariana, falou-nos contínua e incessantemente sobre sua vivência, como se estivesse esperando para desabafar, acentuando enfaticamente

que havia muitas outras coisas no processo de fertilização, em termos de sentimentos, afetos, ambivalências, angústia, ao lado da alegria e da esperança que também experimentava junto aos bebês que carregava. Com mais de oito meses de gravidez, chegou a nosso conhecimento que seus filhos finalmente nasceram.

CULTURA CONTEMPORÂNEA E CIÊNCIA: as mulheres diante das biotecnologias.

*Ó maravilha! Que adoráveis criaturas aqui estão!
Como é belo o gênero humano! Ó admirável mundo
novo, que possui gente assim...*

William Shakespeare (A Tempestade, V)



Pablo Picasso (Mãe com criança)

CULTURA CONTEMPORÂNEA E CIÊNCIA: as mulheres diante das biotecnologias.

Ó maravilha! Que adoráveis criaturas aqui estão!
Como é belo o gênero humano! Ó admirável mundo
novo, que possui gente assim...
William Shakespeare (*A Tempestade*, V)

4.CULTURA CONTEMPORÂNEA E CIÊNCIA: as mulheres diante das biotecnologias.

Segundo Melman (2003), existe uma mutação cultural em curso, em virtude da perda das grandes referências ocidentais: a religião, a igreja, a família, as grandes ideologias. Tais referências, no entanto, em nossa compreensão, não foram perdidas, mas apresentam-se desinvestidas do caráter de totalidade que antes possuíam.

Como fatores mais preponderantes da mutação cultural em curso, o autor nos aponta um que nos interessa particularmente: a tecnologia, no lugar de desvendar o saber sobre a procriação. A tecnologia vem para assegurar o fim da ameaça ao desaparecimento da fecundidade pela figura da infertilidade e, também, para denunciar a infertilidade masculina. Ou seja, os mestres do sexo atuais já não precisam lançar mão do saber sobre a sexualidade ou dos enigmas da relação sexual entre homem e mulher, isto mais uma vez pode ser contornado. Para que saber, se já existe o caminho para se chegar ao produto final, o filho?

Esse fator se interliga aos outros, a saber, a queda das grandes ideologias, especialmente o comunismo, e a isso se acrescenta o desenvolvimento extraordinário do liberalismo, como fator de produção, aceitação e estimulação do excedente, da desmesura, do que sobra, em nome da liberdade e do direito do indivíduo. Temos também a comunicação horizontal entre os sujeitos, que tem o seu protótipo na Internet, o que possibilita, além de novas experiências e de trocas subjetivas, uma renúncia ao particular, favorecimento do global e uma possibilidade de acesso ao saber, sem que para isto tenha que haver um endereçamento a um outro.

Percebemos tal caso no campo da procriação assistida, em relação ao saber e ao poder médico, que vai se encontrar relativizado em nome de um conhecimento prévio que os casais já possuem e que já procuram, um saber em formato de informações disponíveis e acessíveis para quem sabe e pode navegar.

E sempre há a possibilidade de que, se um especialista não faz ou não consegue uma determinada técnica, outro, com certeza, pode ser procurado.

Um outro aspecto importante a respeito da mutação cultural contemporânea é a questão do contrato, que se sobressai em relação à Lei. O contrato se afirma como um acordo entre semelhantes e abre inúmeras possibilidades de se contornar e de produzir brechas naquilo que é permitido e proibido cultural e moralmente, em nome do direito e do desejo de cada um. O termo de consentimento livre e esclarecido aqui se enquadra em termos de contrato entre pessoas livres e iguais, que têm direito à escolha, simplificando um caminho, aonde sempre vai se chegar, ao fato de que, estando avisados e tendo conhecimento das condições da técnica e concordando, tudo pode ser feito, inclusive o que não se recomenda nos poucos textos legais de que se dispõe, em relação ao tema.

A legislação aqui, e seu parceiro maior - o contrato - entre partes livres, autônomas e esclarecidas, do ponto de vista simbólico não interdita nada. Apenas autoriza, legaliza, legitima e objetiva a banalização do uso, no caso das biotecnologias, e a desculpabilização das partes envolvidas. Não interdita, porque não compele a uma renúncia de uma parcela de gozo, a lidar com o não possível em nome da co-existência humana, como reza a Lei simbólica, e sim, autoriza a uma não renúncia absoluta, uma perseguição ao desejado, a qualquer custo.

Provavelmente, como vicissitude maior do projeto da modernidade, acatamos a ciência e a tecnologia, em associação com o mercado, no lugar daquelas grandes referências. A tecnociência, hoje, é a nossa maior mitologia. O mito é uma linguagem, e a linguagem é performativa, ou seja, produz ato e novas formas de vida. A técnica, hoje, afirma-se como grande produtora de mercadorias consumíveis, inclusive como subjetividade. O que se valoriza atualmente e no que se investe, são os mecanismos que permitem uma intervenção direta sobre a realidade, sem mediação de limites, de castração. O saber, na verdade, fica em segundo plano, em nome da intervenção.

O extraordinário desenvolvimento da biotecnologia e da engenharia genética, herança da modernidade e característica da pós-modernidade, atesta

uma situação atual de intolerância a um conhecimento parcial e, menos ainda, à ignorância. Apesar de, em um momento, o conhecimento científico ter se afirmado através da ruptura com o senso comum, presenciamos, hoje, uma inversão desse fenômeno, pois se rompe com a ruptura e o conhecimento científico se transforma em senso comum, na medida em que é divulgado de maneira simplificada e tem acesso a todos. Criam-se saberes contra saberes anteriores, incessantemente; as verdades transitórias produzem uma sensação de que tudo pode ser possível, mais cedo ou mais tarde. O corpo humano, em curto prazo, transformou-se em mercadoria por excelência (SANTOS, 2001).

Para Costa (1997), a ciência, no ocidente, estabeleceu desde o início, como proposta, a pretensão de conhecer o mundo e o sujeito de maneira experimental. A tecnologia atual é o crédito dessa pretensão. Os sujeitos, paulatinamente, vão sendo descritos de uma maneira fiscalista, que serve, inclusive para prever os desvios de conduta humana. O cientificismo é crença dominante na cultura e na imagem dos sujeitos, e realiza sua intervenção promovendo o deslocamento da discussão sobre valor e responsabilidade do fórum público para o privado, restrito aos laboratórios e à comunidade de *experts*, assim como promovendo a substituição dos vocabulários morais e políticos pelos vocabulários experimentais e de controle instrumental.

O cientificismo contemporâneo também promove um processo de homogeneização imaginária de dores físicas e morais, tratando os dois tipos de sofrimento como biológicos. Os sujeitos reduzidos a uma interpretação fiscalista não estão aparentemente apenas sendo enriquecidos com uma nova descrição de sua imensa complexidade, mas também estreitados e novamente postos em uma hierarquia valorativa, do melhor e do pior.

Em relação à ciência da reprodução humana, os tratamentos contra a infertilidade contrariam o próprio saber sobre a infertilidade. Propaga-se uma expectativa de sucesso muito grande e isso afeta as pessoas diretamente envolvidas e os outros.

É pertinente também apontar aqui, uma vez que vivemos na sociedade do espetáculo, o impacto que a mídia em geral proporciona para as conquistas da

tecnologia, especialmente da medicina reprodutiva. A mensagem que se passa é que não existem males da fertilidade que a ciência não possa contornar. Os programas de televisão têm dado muita ênfase à questão das tecnologias reprodutivas, assim como das conquistas das neurociências.

As pessoas se interessam muito pelo que dizem os especialistas, que são convidados constantemente para programas de TV, principalmente se for apresentado em uma linguagem acessível e assimilável. E também pelo testemunho dos ícones da mídia, do meio artístico, do mundo da moda, do meio esportivo, jornalístico, propagando o sucesso das técnicas e as novas formas de se alcançar (não construir) a maternidade e paternidade, da mesma maneira como acontece em relação às cirurgias plásticas, implantes de silicone e outras intervenções.

A tecnociência - para além da ideologia evolutiva do progresso científico marcado pela pureza e pela objetividade - é um projeto humano, fruto das redes do poder. A tecnologia, como processo, baseia-se na idéia de progresso sem limites, de superação constante e de continuidade. As invenções técnicas, ao serem assimiladas, transformam-se em gênero de necessidade. O paradigma tecnológico e econômico é um modelo de aceleração máxima e constante e, assim sendo, também de exclusão, de descarte. Estabelecemos todo o tempo modelos de melhor qualidade e maior capacidade, seja do ponto de vista funcional, estético ou adaptativo e, simultaneamente, eliminamos progressivamente o que não cabe nesse modelo (ROTANIA, 2003).

4.1 Ciência e tecnologias reprodutivas – medicalização.

O saber sobre a infertilidade não caminha tão rapidamente como o desenvolvimento das técnicas de intervenção e de controle sobre as funções reprodutivas, que contornam a infertilidade, e não a atingem diretamente. O resultado final, a gestação esperada e o filho, ou filhos, nascido(s) são a prova visível do sucesso sobre a infertilidade, não a cura da infertilidade. O que é tratado como doença não é precisamente a infertilidade, mas sim o fato de uma mulher

casada se encontrar numa situação de ausência de filhos. Dessa maneira, existe uma base justificável para a aplicação de uma terapêutica. Curiosamente, o resultado final não é a cura da infertilidade, mas a cura da falta de filhos, o que se faz por caminhos paralelos e tortuosos (CORRÊA, 2001).

O saber sobre os processos biológicos da reprodução humana é relativamente recente, na história da humanidade. No século XVII, um monge italiano verificou a possibilidade do sêmen poder ser armazenado em baixas temperaturas, e também realizou os primeiros experimentos de inseminação artificial. É também da metade do século XVII, a descoberta do óvulo. E, apenas no século XVIII, descobriu-se o processo da fecundação do óvulo pelo espermatozóide, sendo de um médico inglês, no final do século XVIII, o primeiro sucesso da técnica de inseminação artificial².

No entanto, apesar de continuar sendo usada, foi apenas na segunda metade do século XX, que a inseminação artificial se afirmou como técnica de reprodução assistida. Não demorou muito e a Reprodução Assistida³ caminhou a passos largos, em muito pouco tempo.

A inseminação artificial foi saindo de foco, muito embora continue sendo usada, porém com menor intensidade, para a entrada da fertilização *in vitro* (FIV)⁴,

² **Inseminação artificial (IA)** – Técnica mais simples e mais antiga, que consiste em se transferir o sêmen masculino, depois de tratamento em laboratório (capacitação), para dentro do corpo da mulher, depositando-o na vagina, no colo do útero ou dentro do útero. Atualmente, também é realizado na mulher, em paralelo, um procedimento de estimulação à ovulação. Se usado o sêmen do parceiro da mulher, a inseminação é chamada de homóloga. Se for usado material reprodutivo masculino de outra pessoa ou de doador anônimo, é chamada de heteróloga, ou inseminação artificial por doador (IAD).

³ **Reprodução assistida (RA)** – Termo que refere a um conjunto de técnicas de tratamento médico paliativo que tem por objetivo a fecundação e implantação do embrião, indicadas, a princípio, por condições de infertilidade ou hipofertilidade, tanto feminina quanto masculina. Geralmente se divide em dois grandes grupos, chamados de baixa complexidade e alta complexidade. No primeiro grupo, estão as técnicas mais tradicionais, como estimulação hormonal associada a coito programado, e monitoramento e acompanhamento da ovulação (também chamada ovulação assistida) e a inseminação artificial. No segundo grupo, estão as técnicas mais complexas como FIV – fertilização *in vitro* e ICSI – injeção intracitoplasmática de espermatozóide. Essas técnicas podem substituir a relação sexual na procriação humana e envolvem outros sujeitos, como o médico especialista em fertilização e outros profissionais do laboratório, assim como podem envolver pessoas doadoras de material reprodutivo, ou empréstimo de útero.

⁴ **Fertilização *in vitro* (FIV)** – Desenvolvida inicialmente por cientistas ingleses, é um processo em que a fecundação ocorre em laboratório, a partir do encontro em um meio de cultura artificial das células reprodutivas obtidas da mulher e do homem. A princípio, indicada para pessoas férteis, ou seja, que produzem gametas, mas que apresentam problemas tubários, o que impede ou dificulta a fecundação, além da implantação no útero do embrião. Esta técnica é seguida pela transferência de embriões fecundados para o útero (FIVETE). Apresenta variações, nas quais o embrião pode ser depositado nas trompas, ou nas quais as células reprodutivas podem ser transferidas para as trompas. A fertilização *in vitro* é um procedimento

assim como sua versão ainda mais sofisticada, a injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI)⁵.

Em 1978, nasce o primeiro bebê de proveta do mundo, a inglesa Louise Brown, hoje com vinte e seis anos. Esse primeiro grande marco da reprodução assistida foi resultado de inúmeras tentativas de fertilização *in vitro*, mais de duzentas (não com a mesma mulher), e foi realizado coletando-se o óvulo da mãe, a cada mês, e provocando o seu encontro em laboratório com o sêmen colhido do pai. A grande novidade da fertilização *in vitro* foi o êxito de uma fecundação fora do corpo materno e fora da relação sexual dos pais. A inseminação artificial, técnica anterior, caracteriza-se pela fecundação fora da relação sexual, mas dentro do corpo materno.

Na verdade, o uso da expressão “fora da relação sexual” não satisfaz plenamente, pois não alcança outros sujeitos que fazem uso da reprodução assistida, além das mulheres e homens casados, que são as pessoas solteiras ou celibatárias e os homossexuais. Para estes, a reprodução assistida se caracteriza mais como uma alternativa suplementar ou complementar à relação sexual. O uso

complexo, um ciclo de diversas etapas. Em primeiro lugar, a estimulação hormonal, o que faz com que a mulher amadureça e libere vários folículos ovarianos. A fase de estimulação ovariana comporta uma primeira intervenção para bloquear o funcionamento ordinário da hipófise, em termos de produção hormonal, para depois se estimular diretamente os ovários, através de gonadotrofinas. Depois, a coleta ou aspiração dos folículos maduros, além da coleta do sêmen masculino, ou utilização de material doado. Para a coleta dos óvulos, é necessário um procedimento com que se insere um tipo de cateter com uma agulha via vagina, com a mulher anestesiada e, eventualmente, um pouco sedada. Em seguida, a manipulação dos gametas e fecundação em laboratório, o que gera vários embriões para seleção e posterior implantação. Depois de alguns dias, necessários para o processo de divisão celular de embrião, é feita a transferência dos embriões para o útero. Depois de duas semanas, geralmente, teste de gravidez para confirmação ou não. Se confirmada a gravidez, mais uma fase de administração de hormônios, como suporte, pelo menos no primeiro trimestre, para diminuir as chances de aborto espontâneo. Por fim, o restante da gestação e o parto que, quando é de múltiplos, apresenta mais variações e complicações, principalmente a prematuridade.

⁵ **Injeção intracitoplasmática de espermatozóide** – técnica mais sofisticada, desenvolvida originalmente por cientistas belgas, inclusive Peter Nagy, atualmente parte da equipe de um grande centro de reprodução paulista, do campo das microtécnicas, em que apenas um espermatozóide é injetado diretamente no óvulo. Esta técnica pertence aos anos 90 e só pôde ser desenvolvida em virtude dos processos e equipamentos de micromanipulação. Indicada inicialmente para homens que possuem baixíssima concentração de espermatozóides no sêmen, ou para os que não apresentam espermatozóides no sêmen. Nesse caso é feita a maturação, em laboratório, das espermátides, células matrizes dos futuros espermatozóides e que são extraídas dos testículos. A ICSI se faz acompanhar de outras técnicas complementares, para a obtenção do espermatozóide a ser injetado, caso os espermatozóides sejam obtidos através de aspiração nos epidídimos, nos testículos ou através das espermátides extraídas da biópsia do tecido testicular. A ICSI não promove gestação múltipla e seu índice de sucesso é superior a outras técnicas. No entanto, estudos apontam o fato de que algumas malformações congênitas podem estar relacionadas à ICSI, pelo simples fato de que a infertilidade masculina, muitas vezes, está relacionada a causas genéticas e os poucos espermatozóides produzidos, extraídos ou maturados podem carregar anomalias.

do termo Reprodução Assistida (RA) é mais próprio da comunidade médica, sendo o termo Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR's) mais usado por outras áreas do conhecimento humano, como a sociologia, antropologia, filosofia, psicologia, entre outras, que estudam o fenômeno sob um ponto de vista crítico (CORRÊA, 2001).

Em 1984, nasceu o primeiro bebê de proveta brasileiro, um fato que foi acompanhado de intensa polêmica em relação à autoria e à veracidade do feito. Vários especialistas reivindicaram a autoria e o pioneirismo, mas este, finalmente, foi atribuído a um famoso especialista da cidade de São Paulo, já falecido. Corrêa (2001) nos traz a informação de que no mesmo ano, antes do nascimento do bebê de proveta, uma mulher que se submetia ao tratamento de fertilização morreu na clínica do mesmo especialista, porém tal fato não obscureceu o brilho da posterior conquista.

A partir de então, especialmente no campo da medicina privada, a reprodução assistida, no Brasil, não parou mais de crescer, sendo atualmente um dos grandes pólos mundiais em matéria de medicina da reprodução, ao lado de muitos países desenvolvidos do seletor Primeiro Mundo.

A fertilização *in vitro* foi desenvolvida nos anos setenta, porém se aprimorou e se diversificou nos anos oitenta e noventa, a partir de técnicas paralelas e complementares como a micromanipulação de gametas⁶, a criopreservação⁷, e também, a partir do uso generalizado da estimulação ovariana, o que forneceu,

⁶ **Micromanipulação de gametas** – técnicas complementares mais sofisticadas, que são realizadas através de um micromanipulador, equipamento consistente de um microscópio de última geração acoplado a um sistema de dispositivos eletrônicos, do ramo das microtécnicas e da robótica, pelo qual é possível manipular células reprodutivas para seleção das de melhor qualidade, transplante de organelas celulares que não cumprem sua função, limpeza de fragmentos de divisões celulares de embriões para melhor implantação, seleção de embriões do sexo desejado, furos a laser na membrana do zigoto para uma maior chance de implantação (assisted hatching), entre outras possibilidades de manipulação.

⁷ **Criopreservação** – Técnica que permite congelar material reprodutivo para armazenamento em tubos de nitrogênio líquido a baixíssimas temperaturas. Vem substituir, no caso do sêmen, a utilização do sêmen fresco, recém colhido, nas inseminações ou nos processos de fertilização *in vitro*. O congelamento de sêmen permitiu a criação dos bancos de sêmen e também a análise dos espermatozoides e pesquisas de aspectos genéticos para seleção, com o intuito de prevenção ou para maior amplitude de escolha, entre aqueles que portam o material genético desejado, ou aqueles que possuem maior capacidade e qualidade para fecundação. O congelamento de sêmen também permite que homens que estão passando por quimioterapia, ou outros tratamentos que aniquilam as células reprodutivas, possam utilizá-lo posteriormente, assim como os que vão se submeter à vasectomia, caso se arrependam, futuramente. A criopreservação também pode ser de embriões, ou seja, depois da fecundação em laboratório, congelam-se os embriões excedentes ou os que não são de melhor qualidade para posterior transferência e implantação pelos próprios genitores, ou adoção de embrião por outras pessoas, inclusive produções independentes. A criopreservação de embriões também permite a escolha de sexo para futuras implantações.

sem dúvida, mais óvulos a cada ciclo e uma maior possibilidade de fecundação e de implantação dos embriões.

Porém, tal aprimoramento trouxe consigo outras questões muito importantes, como a gravidez múltipla e os embriões excedentes congelados. O hiperdesenvolvimento da fertilização *in vitro* também proporcionou um distanciamento da indicação inicial, por fatores ligados às tubas uterinas, para afirmação de uma “pan-indicação”, ou seja, a FIV passou a ser indicação para a maioria dos casos de infertilidade, ou hipofertilidade, tanto masculinas, como femininas, ou do casal, inclusive as de natureza de causa médica não aparente.

Segundo o depoimento, na década de 90, de um grande especialista brasileiro em reprodução assistida, no início do desenvolvimento das técnicas (anos 80), alguns especialistas chegavam a transferir 10, 15 embriões para o útero de suas pacientes, e, em resultado, a multiparidade era imensa (REVISTA GLOBO CIÊNCIA, 1995).

O processo de Fertilização *in vitro* hoje, inclusive, também pode ter indicação até para os casos em que não existam dificuldades de fecundação e de implantação, mas para as pessoas que querem ter sua amplitude de escolha aumentada, em relação ao filho, podendo servir para determinação de sexo, ou para a prevenção de gerar um filho que apresente doenças transmitidas pelos pais, como por exemplo, no caso da AIDS, quando o homem apresenta o vírus, e cujos espermatozoides livres do vírus vão ser selecionados para fecundação.

Um outro fenômeno que acompanha e retroalimenta o extraordinário desenvolvimento tecnológico, na área da medicina da reprodução, é o fenômeno da medicalização. Essa última pode ser conceituada como uma contínua modificação da prática e do consumo da medicina, fruto do desenvolvimento tecnológico, e que se faz notar pelo aumento de serviços relacionados, como na área farmacêutica e na área dos equipamentos médico-hospitalares-laboratoriais e, principalmente, pelo aumento do consumo de atos médicos e de medicamentos pela população. O fenômeno da medicalização também pode ser compreendido através de um de seus aspectos muito importantes, que é a apropriação cada vez

maior de fenômenos sociais, culturais, individuais e afetivos pela medicina contemporânea (CORRÊA, 2001).

A medicalização da reprodução não se afasta da questão do desenvolvimento dos contraceptivos, na segunda metade do século XX, o que, sem dúvida, colocou nas mãos das mulheres uma parcela-chave do controle da procriação, mas que também trouxe a tiracolo uma outra questão muito importante: a intervenção maciça sobre o corpo feminino, seja sob a forma de medicamentos ou de cirurgias.

O caráter de científico e o peso que, atualmente, tem tudo que pode ser denominado de científico, talvez possa explicar a atitude inquestionadora das pessoas, diante das técnicas e das drogas disponíveis no mundo da reprodução laboratorial, não obstante os efeitos colaterais, as experiências de outras pessoas, as conseqüências que ainda não sabemos precisar ao certo.

As novas terapêuticas da infertilidade aparecem envoltas em ambivalências quanto à sua eficácia, em relação aos seus efeitos indesejáveis, ou sobre o mistério a respeito dos danos que podem trazer as intervenções. Fascínio e dúvidas as acompanham, mas a objetividade do resultado, resumida na presença da criança nascida ao final, filha biológica dos pais, semelhante geneticamente a eles, coloca em suspenso a ambivalência e põe em marcha o processo.

Medicalização e fertilização *in vitro* caminham juntas. Tanto a medicalização do ponto de vista genérico, descrito acima, como a medicalização específica, no consumo de substâncias medicamentosas e atos e serviços médicos presentes em cada tratamento para engravidar, em cada etapa do tratamento.

O sentimento de uma das mulheres participantes desta pesquisa, Eliane, em relação ao início do tratamento, é de um verdadeiro bombardeio, seja de injeções, de medicações, de exames, de monitoração, o que denota inclusive um sentimento de invasividade, de intervenção externa sobre si, além do sofrimento físico e da ansiedade gerada pelas expectativas dos resultados.

Aí entra no processo, né? Aí vem o bombardeio de injeções e hormônios, e ansiedade, que você pensa que... não tem coisa pior do que aquelas injeções. Dez dias tomando injeção na barriga, dá uma agonia, compra remédio, faz exame, mede quantos óvulos você conseguiu produzir, não sei o quê... (ELIANE).

Uma outra participante, Renata, traz em sua fala a presença invasiva e constante das drogas, algo que entra em seu corpo (mesmo sendo sob o seu consentimento) para ficar, e que é acompanhado de um sentimento de estranheza e de incômodo, como se a droga fosse um mal necessário, mas, antes de tudo, um estranho a ser tolerado, a muito custo.

Aí o que eu acho ruim é isso. Você fica muito irritada com essas drogas todas, até porque tudo tem horário, nada é sem horário. Então, não pode sair porque às oito horas da noite você tem de tomar uma injeção. Além da dor que você tem depois de tomar a injeção, você vê, eu fiz um tratamento, vamos dizer, um perto do outro, daqui a dois meses eu ainda estou com o bumbum todo manchado, a perna manchada, o bumbum manchado, tudo manchado pela droga, entendeu? (RENATA)

Na experiência de Beatriz, a medicalização, presentificada por excelência no tratamento de fertilização *in vitro*, realizada em um dos maiores e melhores centros de reprodução brasileiro, é-nos apresentada em um contexto de orgulho, de admiração, uma condição que a torna privilegiada.

Só pega em você, médico. Não chega ninguém junto de você, nenhuma enfermeira para tirar sangue não tem. Chega a um ponto, eu tirei tanto sangue que ele mesmo [o dono da clínica, um especialista muito renomado nacionalmente] que vinha tirar meu sangue, porque estava tirando nessas veinhas...(BEATRIZ)

Ter um filho desejado, hoje, implica (para a mulher) viver em um estado permanente de contracepção, para que o filho não desejado, em um determinado momento, não venha. A idéia, que tanto a contracepção como a concepção medicalizada trazem, é a de um ideal de um controle total sobre a fecundidade por parte da mulher e de seus poderosos parceiros: especialistas, técnicas e medicamentos.

A mulher é, hoje, ao mesmo tempo, medicalizada e medicalizante, responsável pelos filhos desejados, temporâneos, e pela família saudável (CORRÊA, 2001).

4.2 Infertilidade e terapêutica.

A infertilidade é algo difícil de precisar, sem dúvida é uma “pedra no sapato” das mulheres, dos homens e dos casais, assim como dos especialistas. A indicação de uma fertilização não é algo simples, em virtude de que se trata de uma gama de técnicas concebidas para corrigir condições de infertilidade que, freqüentemente, apresentam-se indefinidas ou contornadas por brumas, e por várias hipóteses. O tempo de espera por uma gravidez e os critérios para se definir quem é infértil ou se o casal genericamente é infértil são obstáculos que se impõem ao processo de reprodução assistida.

Se os estudos sobre infertilidade, do ponto de vista das pesquisas em relação às causas médicas⁸ se desenvolveram muito, também há de se apontar que o saber sobre a infertilidade ainda é algo longe de controle absoluto. É muito alta a freqüência de infertilidades de causa não aparente, assim como, também é freqüente a ocorrência de gravidez para mulheres e homens praticamente condenados pela investigação médica.

Com referência ao aspecto biológico da infertilidade, é preciso pontuar que existem fatores importantes como o aumento da idade para procriar, o que contribui para uma queda da fertilidade feminina e o uso contínuo de contraceptivos, que provoca estados temporários de infertilidade.

Diante de um diagnóstico de infertilidade, a mulher se vê subtraída naquilo que ela acredita ser o seu natural poder de gerar. Um diagnóstico desse tipo, mesmo amparado pela ciência, traz muita ambivalência, possivelmente em decorrência de uma frustração e desidealização forçada, e também por conta da imprecisão.

⁸ **Causas médicas da infertilidade** – de uma maneira geral, em relação à mulher, as causas podem ser de origem no muco cervical inadequado para recepção de espermatozóides; alterações no útero, como miomas, pólipos, aderências; problemas nas tubas; disfunções hormonais que alteram a ovulação; endometriose, que se traduz em focos de obstruções e aderências nos órgãos reprodutivos, o que provoca infecção; imunológica. Em relação ao homem, as causas da infertilidade se relacionam à produção de espermatozóides e alteração em sua quantidade, morfologia e mobilidade, o que pode se dar em virtude de varicocele, infecções, alterações hormonais, causas imunológicas e azoospermia, que é a ausência de espermatozóides no sêmen. Sabe-se que fatores ambientais, como radiação, agrotóxicos nos alimentos, álcool e outras drogas, poluição e temperatura elevada afetam a produção de espermatozóides. As causas do casal se apresentam em arranjos e combinações das causas femininas e masculinas. Existe ainda um grupo de infertilidade que é uma incógnita para a leitura médica da esterilidade, a esterilidade sem causa aparente (ESCA).

Assistimos a uma luta ambivalente travada contra a infertilidade, na fala das mulheres participantes desta pesquisa. A busca por algo que estabeleça o que está acontecendo com o corpo delas que não quer obedecer ao desejo de gerar um filho, convive com a ambivalência frente ao diagnóstico estabelecido, agravado pela natureza do tratamento disponibilizado, o que para a mulher não é absolutamente fácil (tampouco para o homem).

Na fala de Renata, ela se debate entre posições de aceitação e conformação à situação e diagnóstico apresentado, e de renúncia e contestação que acabam, para ela, sendo causa de agravamento do problema. Todos esses fatores se retroalimentam e se desdobram.

E eu já estou pensando se eu vou me submeter a mais um tratamento desse, eu não sei se me submeto mais não, porque é muito doloroso, muito doloroso mesmo. Eu acordo de manhã toda inchada, tenho dor nas pernas, muitas varizes apareceram depois do tratamento, né? Fica tudo arroxeadado e vermelho, como se a droga estivesse se espalhando, e onde ela passou fica avermelhado. Então é uma coisa... é muito chato (RENATA).

É necessário pontuar, também, que os diferentes tipos de esterilidade se dão também em razão das diferentes regiões do mundo e do modo como é tratada, institucionalmente, a saúde. Segundo Corrêa (2001), nos países mais desenvolvidos é maior a categoria de infertilidade “sem causa aparente”, e nos países mais pobres é maior a infertilidade por doenças infecciosas e inflamatórias. Estas últimas são as infertilidades do tipo secundário, ou seja, em virtude de maus tratamentos à saúde reprodutiva de maneira geral. No Brasil, nos estratos sociais que podem consumir medicina privada de boa qualidade, é maior a incidência de infertilidade pelo fator idade da procriação e suas complicações, principalmente endometriose.

No caso de Denise, o diagnóstico de endometriose severa, que “praticamente não dá para ser desfeita”, atesta uma infertilidade permanente, que necessita de um tratamento que a contorne, não necessariamente a cure. Apenas que se busque um caminho alternativo à fecundação comum, que possa resultar em gravidez. Daí, a pronta indicação para um tratamento de fertilização *in vitro*, o que poderia resolver o problema de forma mais rápida. Porém o casal opta pelo

tratamento em etapas de complexidade diversas, inclusive, por razões de ordem financeira.

E aí ela passou uma ultra-sonografia que sugeria uma endometriose, mas que o diagnóstico só era fechado depois que eu fizesse um segundo ultra-som. E fiz, mas não chegaram a fechar o diagnóstico porque só é diagnosticado após uma cirurgia. Fiz a cirurgia e deu realmente endometriose de grau quatro, que é o que não dá mais pra desfazer nem nada. É, teria que partir para uma fertilização direto, que meu caso era um pouquinho sério. O tratamento foi o seguinte: eu fiz o mês passado... tentei engravidar... é... a princípio, depois da cirurgia, eu passei quatro meses sem poder tentar engravidar, evitando, inclusive, menstruar. Depois disso ela liberou para que meu organismo começasse a reagir sozinho, sem medicação nenhuma, e depois, mês passado a gente fez ovulação assistida, que é um método que eles fazem um acompanhamento com ultra-som e uma bomba de medicamentos. E aí a gente voltou ao consultório e ela sugeriu a gente fazer inseminação, mas a gente parou um pouquinho (DENISE).

Percebemos, na colocação de Denise, as várias etapas necessárias ao “fechamento” de um diagnóstico de infertilidade, o que caracteriza sua complexidade e também um alto nível de intervenção e de medicalização dos corpos. A intervenção propicia, ao mesmo tempo, uma possibilidade de saber sobre um mistério a ser desvendado e uma possibilidade de agir sobre ele.

A fertilização *in vitro* é um procedimento complexo, doloroso, ansiogênico, caro, que pode dar certo em uma primeira tentativa, mas que pode ser suscetível a repetidas tentativas, apresentando várias fases e variantes. Porém, a sua divulgação, pela mídia e pela literatura médica, muitas vezes é feita de forma simplificada, enfatizando o resultado, o bebê (ou bebês), nascido(s) com vida para um casal infértil que muito o(s) desejou.

As diversas etapas de tratamento para infertilidade se apresentam numa sucessão de intervenções que atingem, em cheio, o corpo feminino, causando um sofrimento, na carne, que se associa à surpresa inicial, a um estranhamento de um corpo que tem falhas, que não serve para procriar, e a um sentimento de invasividade e mudanças corporais.

Eu cheguei a fazer três ciclos de indução de ovulação apenas com medicamentos, deu errado, porque eu fiz um abdômen agudo, quase fui para a cirurgia. No intervalo de cinco meses, eu fiz três. Então ela me indicou uma outra pessoa [especialista em fertilização] e ela me disse “olhe, você tem endometriose, tem de fazer uma cirurgia. A gente fez e ela queria já partir para uma fertilização. Aí eu disse “não, vamos tentar mais uma com medicação”. Aí fez mais uma, tentou mais um ciclo que

não teve êxito. Aí eu comecei a engordar, a ter varizes e todo aquele... e, além disso, depois que a gente faz o tratamento para endometriose continua o efeito colateral que a medicação dá em você, que é a menopausa antecipada, que é muito mais forte, muito mais intensa do que quem está na menopausa pela idade. Então eu tinha aqueles calores e tais, ficava muito irritada. Na verdade eu estava querendo fazer fertilização para acabar com tudo aquilo (RENATA).

Sem dúvida, o nascimento de um filho após anos de espera e de sofrimento para um casal, é um fenômeno sensacional, que comporta benefícios ímpares. No entanto, a simplificação do processo é que se dá de uma maneira equivocada, subtraindo e omitindo vivências bastante difíceis para todos os envolvidos.

Um processo como esse significa, para a mulher, injeções e ultrasonografias quase que diárias. Significa estar presente constantemente, em um ambiente médico, sofrendo intervenções invasivas e monitoramento constante. Significa estar vivendo em um mar de prescrições, de obrigações, de renúncias e proibições, mergulhar numa angústia constante para saber se está ou não grávida, e de quantos filhos.

Significa, também, viver com o medo de perder, ou viver a perda efetiva, a sombra do aborto espontâneo. Significa gestar o filho desejado e mais alguns dentro de si, no caso da gravidez múltipla, tendo que sufocar o pânico inicial de querer um filho e se ver carregando dois, três, ou mais. E depois atravessar toda uma fase conturbada após o(s) nascimento(s). Significa também se debater em questionamentos de ordem pessoal, familiar, de valores morais, religiosos, éticos.

Um eixo que é central na fala de Eliane sobre a sua vivência com a reprodução assistida é que há muitas coisas envolvidas no processo, além das etapas do tratamento. Ela concorda com a entrevista, acreditando ser muito importante poder falar sobre o assunto em uma perspectiva diferente do vivido até então, ou seja, em termos de células, de quantidades, de taxas, de medicação, etc. Para ela todos pensam que o processo de fertilização é algo rápido, da ordem do “fazer e pronto”, mas que, para cada mulher, não se passa exatamente assim.

O que a afetava muito era a questão de ser um processo “de fora”, artificial, fora da relação sexual, fora da intimidade e do desejo do casal e de cada um. Também a questão de ter mais embriões do que o necessário e “o que fazer com

eles”. Quem demanda um filho à medicina reprodutiva, por mais que esteja informado sobre essas questões, não sabe como se posicionar diante delas, pois fogem à demanda inicial.

A autonomia e a escolha pessoal são o ponto de partida da justificativa ética desses procedimentos, mas a escolha se afigura como muito difícil, longe de ser livre e esclarecida. Como escolher os embriões de melhor qualidade? Como selecionar os que iriam ser colocados dentro dela para uma possível implantação? Tais questões, para Eliane, não se resumem ao critério biológico ou estatístico, pois significam a impossibilidade de uma escolha satisfatória. Para ela, pensar na “matemática injusta da seleção” é um processo enlouquecedor. Para entrar no processo de fertilização por inteiro, e ir até o fim, é necessário não pensar nisso, o que não é possível, pelo menos para ela.

Aí começou o outro lado da coisa, né? Tem a questão forte, que pesa, que é a questão financeira, que é um processo muito caro, né? Mas aí, não sei, a questão, assim... meio que... filosófica ou religiosa, não sei. Porque aí vêm as outras explicações, de como é o processo, da coisa de fazer fora e tal. Do fato da possibilidade de você ter mais embriões do que o necessário, e o que fazer com esses embriões. Como é feita a coleta e a escolha, porque você coleta uma quantidade, né? Dessa quantidade você vai selecionar um número de... assim... de boa qualidade, né? Então, meu, nesse momento, meu marido foi mais assim, o que debateu mais. Eu, tipo assim, eu, se eu vou entrar num processo desse, se a gente topou entrar nesse processo, então a gente vai ter que arcar com tudo. Se for pensar muito nessa matemática, que é um pouco injusta, você vai enlouquecer. Ou você topa do jeito que é, na minha cabeça, ou então não topa (ELIANE).

No caso de Bernadete, chegada a hora de aspiração dos óvulos maduros e coleta de sêmen, o impacto que ela sentiu foi enorme, ao se ver num hospital, num centro cirúrgico e diante de um procedimento que ensejava uma anestesia. Ela e o marido não se davam conta da dimensão de uma fertilização *in vitro*, nem foi informada de antemão, pelos especialistas, de como o tratamento se passava em seus detalhes e em suas etapas, e se impressionou diante dessa forma diferente de buscar a gravidez, além da ansiedade pelo resultado final. Um misto de surpresa e fascínio e de interrogação, medo e estranheza pelo que estava por vir.

Quando fomos para o centro cirúrgico, isso eu não sabia se eu chorava, se eu ria, porque é um centro cirúrgico mesmo, tá todo mundo lá, a enfermeira, o médico, tudo, aquela coisa toda, né? Na época que eu fiz já era anestesiado. Dr. Z. nem tinha me dito, eu procurei saber... “E por que anestesia?” Ele disse: “Porque a maioria das mulheres sente alguns incômodos, outras sentem dores, por isso anestesia”. Então, D. [marido], a essa altura jurava que era para fazer outra coisa, ele imaginou que era para botar lá os bebês prontos mesmo [risos]. (...) Eu disse: “não, meu lindo, a gente foi lá e ele aspirou os óvulos madurinhos que estavam lá dentro, colheu o teu material e vai botar lá num vidro bem pequenininho e vai juntar, os dois vão se juntar”. Isso para você ver como ele tava, ele nem ouvia. Aí ele nem entendia mais o que as pessoas diziam, né? (BERNADETE).

Um aspecto muito presente e que pesa emocionalmente, além de estar diretamente envolvido com o sucesso do processo, é a produção de óvulos. No caso de Eliane, sua “produção” é de causar inveja às outras mulheres pertencentes ao seu grupo de fertilização. Primeira tentativa de FIV e já produziu vinte e um óvulos. Selecionados os óvulos mais adequados ao procedimento de fertilização e posterior implantação, resultam treze embriões. O medo de Eliane em relação aos embriões excedentes se concretiza, são muitos, muitos mais do que ela imaginava.

Aí uma coisa que eu achei muito engraçada. Porque quando a gente, na retirada dos óvulos, eu consegui fazer 21 óvulos, né? Aí, desses 21, ficaram 13 para fazer a fertilização. Aí no mesmo dia você faz a retirada, colhe o material dele e faz todo o processo lá, juntam. Aí durante os dias que... de antes, que antecede a colocação, ela ligava para mim todo dia e dizia como é que estavam. “Olhe, nós temos tantos óvulos, tantos de boa qualidade, e estão super bem”. Parecendo realmente que tava se falando ali de bebês. Cada dia que ele ligava eu sei que diminuía um pouco, porque eram justamente aqueles que não eram de boa qualidade, vamos dizer assim. Mas eu achei, de certa forma, achei legal porque ele aproxima você do processo, talvez tentando, não sei, chegar o mais próximo possível da mãe natureza (ELIANE).

Chama-nos a atenção, de maneira geral, a presença de uma linguagem, na fala das mulheres, concernente ao processo produtivo. Uma linguagem fabril, em que filhos equivalem à mercadoria que vai ser produzida. Não é raro escutar expressões do tipo “de boa qualidade”, “conseguir produzir”, seja em relação aos óvulos e espermatozóides, como também aos embriões. Uma linguagem técnica, à qual as mulheres aderem e que reproduzem.

4.3 As mulheres diante dos especialistas e da técnica.

Um aspecto importante, que acompanha o desenvolvimento da Reprodução Assistida no Brasil, é a sua mídia singular que, com frequência, anuncia e testemunha em todos os meios de comunicação os grandes avanços em matéria de reprodução, porém de uma maneira sensacionalista e simplificada, esquemática, o que reforça uma propaganda indiscriminada, enfatizando a pessoa dos especialistas, que passam a fazer parte de um *show-business* científico, e suas parcerias com pioneiros estrangeiros (CORRÊA, 2001).

Um exemplo curioso da mídia da reprodução assistida é o fato de que, em 1995, foram publicadas, em duas revistas distintas, de grande circulação nacional, reportagens sobre a eficácia das técnicas, com dois enfoques diferentes. A primeira (REVISTA GLOBO CIÊNCIA, 1995) data do mês de abril e enfatiza que praticamente já não existiria esterilidade incurável para a ciência da reprodução. A segunda, mais pessimista (REVISTA VEJA, 1995), informa que de quatro casais que procuravam os tratamentos, apenas um levava o bebê para casa, e que o índice de 75% de fracasso era um desastre.

É interessante perceber o caráter de personalidade, de logomarca, de grife tecnológica que as propagandas dos grandes centros de reprodução e de seus especialistas também apresentam. É comum encontrar, nas páginas da internet, a categoria “nossos bebês”, “galeria de fotos” e “depoimentos emocionados”, enfatizando a produção particular de cada centro de reprodução, algumas vezes exibindo fotos dos especialistas ao lado de ícones da mídia, celebridades da TV, socialites e do meio esportivo com suas crianças.

O especialista de renome, cuja clínica de reprodução alcança um *status* de centro de pesquisa e de centro de reprodução, simultaneamente passa a ser objeto de apresentação pela mídia e ocupa, no imaginário das mulheres e dos casais, uma posição de uma espécie de salvador, alguém que vai fazer acontecer.

Na narrativa de Beatriz, é muito presente a relação entre o seu desejo de filhos, a oferta da técnica e a presença do especialista de Primeiro Mundo. Diante do diagnóstico, que praticamente condenou o seu marido pela falta de

espermatozóides viáveis e em quantidade, ela fica inconformada e faz uso de vários caminhos possíveis, tanto para amenizar o que está sentindo, quanto para resolver o problema. Busca especialistas, busca a religião, busca os mecanismos institucionais disponíveis. Porém, sua maior esperança estava no tratamento para engravidar, que seria disponibilizado pelo especialista em fertilização, algo que ela antes “só via pela televisão”.

Na consideração de Beatriz, e em comparação ao outro especialista “de fora”, que passou a ser um ícone em sua vida, o médico local foi, antes de tudo, um vendedor de ilusões e carecedor de conhecimentos específicos, de atualização, de estrutura e, principalmente, de cuidados e de atenção para com ela. Essa consideração teve como mola propulsora, além da falta de êxito no tratamento para engravidar, as complicações que esse mesmo tratamento acarretou, provocando sério risco para sua saúde.

E ele... a gente quando soube ficou arrasado, porque a gente não sabia da tecnologia, a gente via aqueles bebês de proveta na televisão, mas aquela coisa bem distante. Meu médico me encaminhou para um médico daqui. Eu tentei duas vezes e, assim, ele aqui vendeu a ilusão de que eu já ia sair grávida. Pegou o dinheiro que a gente tinha todo, botou nisso, e eu tive uma complicação, inclusive, quase que eu morro. Eu tive um hiperestímulo, a síndrome do hiperestímulo. A minha barriga veio aqui [gesto]. Barriga de sete meses. O ovário produz muito, aí fica vazando um líquidozinho na barriga e esse líquido deu uma peritonite. E aqui ele nem notou o que eu tive. Eu liguei, ele nem sabia o que era. Eu liguei e disse: “Olhe, Dr. Eu estou com a barriga muito distendida, estou com muita dor”. Era dor de morrer. Ele: “Não, isso aí são gases. Tome luftal e baralgin”. Mas ele disse: “Tchau, mamãe, vá embora para casa” (BEATRIZ).

Ainda assim, estranhamente, Beatriz não procura outro especialista e aceita a proposta de fazer uma nova tentativa de fertilização in vitro logo em seguida à primeira, que não obteve o resultado esperado. As complicações por que passou foram totalmente subtraídas do cenário, não se deu a devida atenção e empreendeu-se uma nova tentativa. A obstinação de Beatriz era tamanha em conseguir o seu intento, mesmo com o seu discurso de adotar sem nenhum problema, que ela seguiu em sua trajetória, com a aquiescência do marido.

Aí botou os embriões. Eu botei quatro. Vim para casa. Quando não consegui foi aquela decepção, né? Porque eu tava com aquela

expectativa de que eu ia... e tive essa complicação ainda mais, né? Eu inchei muito. Aí, depois de... quando eu voltei lá ele já mandou fazer de novo, emendou uma com a outra. Não é indicado. Tive novamente esse problema piorado. E não consegui. E do meu grupo que eu via, tinha umas 20 pessoas, só uma engravidou. E eu e outra tivemos problema, inclusive a outra não pôde fazer a transferência, teve que ser internada. Ele nem veio me ver, nem foi ver a moça no hospital. A moça perdeu o ovário. E, hoje em dia, eu tenho até um amigo, ele é um cirurgião muito já experiente. Ele disse que eu vivi porque Deus quis mesmo, porque eu fiz duas peritonites e voltei para casa (BEATRIZ).

Na busca pelo homem verdadeiro e poderoso, que pode fazer da mulher uma mãe, eis que surge o especialista “de fora”, mesmo que este de fora seja de dentro do Brasil, de São Paulo, pólo nacional e internacional da medicina da reprodução. Ao chegar lá, a surpresa diante de uma total novidade. Um centro de reprodução de estruturas fenomenais, muitas pessoas na mesma situação, aguardando a tão esperada consulta, a segurança e, ao mesmo tempo, o peso de uma relação, que não é apenas humana, e que não vem só para realizar o sonho dos casais insatisfeitos e infelizes, mas que é também altamente comercial.

Mas o que fascina imediatamente Beatriz é a enorme possibilidade de êxito. Ela faz um “pacote” de tentativas, em que se paga menos por três tentativas do que se pagaria uma a uma, e que no conjunto oferece mais de 80% de chances de engravidar. Tudo demonstrado em dados estatísticos, apoiado cientificamente, além do currículo, do preparo, dos estudos do especialista e de sua experiência e testemunho de inúmeros casais.

Comprar um pacote para se ter um filho soa com um certo estranhamento para muitas pessoas, mas temos de levar em conta que a ciência, com a modernidade, caracterizou-se como produtora, por excelência, de mercadorias a serem consumidas pela população, com uma garantia que advém do adjetivo “científico”. O que é científico não é amadorismo, garante-se por si mesmo. Além disso, o centro de reprodução paulista transforma em realidade tudo o que antes só se tinha acesso pela mídia. O que era distante torna-se possível.

Aí foi quando eu soube de uma amiga minha que fez em São Paulo com Dr. S. Não sei se você já ouviu falar. Então eu fiquei louca para ir para ele. Então a gente foi para São Paulo nessa terceira tentativa. Chegou lá, era uma fortuna. Lá era em dólar. Aí cheguei lá, o dólar subiu de um dia para o outro, dobrou. Aí foi... só faltei... chegou lá na hora, ele é

comercialíssimo, mas é... entende do que faz, sabe? Aí ele chegou assim: “Você quer ser mãe? Meu preço é esse. Meu preço não é para vocês que estão aqui não, meu preço é esse para quem vier. Então, porque meu custo é em dólar, tudo meu é em dólar”. E realmente lá é. De uma vez para a outra lá já foi um avanço muito grande. Eu acho que a sala de recepção dele dá umas três dessa, cheia de sofá, lotado direto (BEATRIZ).

Com o especialista de São Paulo, pela primeira vez em suas tentativas com a FIV Beatriz conseguiu engravidar. Porém, com taxas muito baixas, perdeu o embrião. As três tentativas do pacote foram o limite que o casal estabeleceu, um limite para eles inclusive financeiro, pois não tinham mais o que investir. Para eles, era preciso tentar até o fim.

Eu engravidei, mas perdi. Mas já engravidei, né? Eu fiz um pacote de três tentativas, porque era mais barato do que fazer uma só isolada, né? Lá a tecnologia é outra, é tudo outro, você vê, há vinte anos que ele estuda sobre isso, tem um cara lá, que trabalha lá, é o que tinha uma clínica na Itália. Ele tem a certificação ISO, o laboratório dele é certificado. (...) saiu até no Fantástico. Aí quando eu não consegui, quando o β hcg [exame de gravidez] deu alterado, mas deu baixo. Ele disse: “Olhe, não se anime ainda”. Se fosse pelos laboratórios daqui eles já consideram gravidez (BEATRIZ).

Ao contrário de Beatriz, Simone se posiciona de uma maneira diferente. Ela se posiciona ativamente no tratamento, fazendo questão de começar do início, o que era aconselhável devido às suas condições de saúde reprodutiva e de sua idade, recusando uma maneira mais direta de se chegar à gravidez, como é o caso da Fertilização *in vitro*. Ela opta por fazer tudo por etapas, desde as mais simples, mas que poderia alcançar o resultado.

Até uma amiga minha, ela foi até aquele especialista, que é o mais famoso, de São Paulo. Mas a experiência que ela teve lá foi tão, assim, chocante, porque ele fez, ele... você vê que tudo visava é dinheiro ali, sabe? Então não é assim, a gente já vai supersensível, né? Porque a coisa que a gente mais quer e está tendo dificuldade, a fragilidade, e no final você vê que a pessoa só vê aquilo como dinheiro? É horrível! Eu? Jamais, sabe? Mas jamais! Não é pegar e já lhe oferecer o tratamento mais caro, porque ele vai ganhar dinheiro. Tem que começar do início, tem que tentar todas as maneiras, né? Eu jamais vou querer um médico dessa forma, jamais! E Dra. Z. não, ela é uma pessoa ótima! E ela me trata superbem. Excelente profissionalmente e é uma pessoa humana. Realmente, às vezes as pessoas falam assim: “Ah, por que você não vê outro especialista, só uma opinião?”. Eu fico muito relutando isso, porque eu não quero mudar de médico. Porque, o que adianta ficar mudando de médico? (SIMONE)

A experiência de pessoas conhecidas que vivenciaram tal situação de uma maneira muito comercial a assusta muito e ela rejeita qualquer relação desse tipo, mesmo partindo de especialistas renomados. Simone não dá muito valor ao nome ou à estatística de sucesso do especialista, para ela o mais importante na questão é a confiança, a compreensão, o cuidado, a atenção, a disponibilidade.

A postura de Denise diante da oferta atual de fantásticos recursos tecnológicos é de encantamento e fascínio. A tecnologia é “maravilhosa, se você tem recursos para desfrutá-la”. O encanto se dá em virtude da possibilidade de manipulação, de geração e de resultado, assim como a convivência com as experiências positivas de outros casais na mesma situação. Uma tal referência faz com que não percamos de vista a associação que o mito científico faz, na contemporaneidade, com o mercado. Os milagres tecnológicos, pelo menos a princípio, estão sempre reservados para quem possui condições de usufruí-los, é o ter sobre o ser, é uma forma de consumo que traz também um diferencial valorativo entre classes, de lugares disputados e ocupados na sociedade.

A tecnologia é maravilhosa. É assim... é assim... você tem que ter recursos para fazer, eu acho que quanto mais se tem, melhor fica, mais garantia se tem. Quanto mais recursos financeiros se têm, melhor. E a tecnologia, assim, eu me encantei, eu acho que se eu tivesse que fazer medicina eu faria, fazia especialização em fertilidade, sabe? Com o fato de você poder manipular aquilo ali para gerar e fazer. Muita coisa depende dele, muita coisa não. Mas a tecnologia eu acho avançadíssima, de Primeiro Mundo. Vem um especialista de São Paulo só fazer o implante do embrião, é muito interessante. Num momentozinho ele vem de São Paulo, entra na clínica, faz o implante e vai embora. Daqui a alguns dias você tem o resultado. Se deu certo, se não deu, é contato com muita gente feliz, muita gente entusiasmada porque conseguiu engravidar dentro da clínica, né?E tem umas coisas que dão errado também. Mas a incidência de sucesso é grande (DENISE).

Já Bernadete se posiciona diante dos especialistas pioneiros, que são sempre lembrados pela mídia, por ocasião de suas freqüentes revisitações aos casos dos primeiros bebês de proveta mundiais, com um sentimento de gratidão aos homens que possibilitaram a técnica da fertilização *in vitro*, mas com um tom de limite. O limite para ela se dá na tênue fronteira que se estabelece entre ciência e fé religiosa. A exceção para o cientista é a possibilidade de ele ousar tentar se

colocar no lugar de Deus, aqui, o lugar definido como aquele que escolhe, que decide, que engendra, que cria vida.

“Brincar de ser Deus” é como ela define algumas possibilidades que a técnica traz, como a escolha de sexo, que se traduz em um processo de seleção de embriões para transferência daqueles que apresentam o sexo desejado pelos pais. Brincar de ser Deus também se refere à espinhosa questão da seleção embrionária, em que o médico, na posição divina, faria a escolha de quem, dentre os embriões múltiplos, teria mais condição de chegar a termo na gestação. Os trigêmeos, tomando como referência a ciência e a técnica, ela os chama de erro, de risco de vida para a mãe e filhos.

Eu vi no fantástico, uma matéria sobre o primeiro bebê de proveta do mundo, 25 anos da moça. Eu fiquei assim, sabe? Agora isso eu estava agradecendo, eu tenho tanto que agradecer a esse médico, porque falou dos problemas que teve com o pessoal mais conservador, não sei o quê, né? Eu disse, eu tenho tanto que agradecer a esse homem, por ele ter sido tão ousado, por ter tentado, por ter feito dessa forma, né? Até aí tudo bem. Agora, você escolher cor de olho, cor de pele, tamanho, QI, sexo? Aí eu já acho que é brincar demais de ser Deus, sabe? Por que eu vou escolher? Se Dr. Z. tivesse dito: “olhe, são quatro, são cinco, vou guardar dois”. Uma p...! Tu vai botar é tudo! [risos] Podem ser quantos forem, entendeu? Bota logo, é meu, não tirou? [no caso de Bernadete foram transferidos quatro embriões] E eu não entrei nessa? Porque trigêmeos é considerado erro, você sabe disso, mas a verdade é que eu corri risco de vida, eu sei que foi um risco de vida que eu passei, que eu corri, da possibilidade de ter um problema grave com elas, comigo (BERNADETE).

Enquanto isso, o que mais caracteriza a fala de Simone é o seu receio e sua falta de credibilidade com relação às garantias oferecidas pela ciência e seus aparatos, em virtude de ter engravidado de trigêmeos com o auxílio da ovulação assistida e de tê-los perdido um a um. Ela nos conta, traumatizada, que vai ficar muito preocupada com uma nova gravidez, que não tem condições de ter tranquilidade, pois ninguém teve condições de lhe dar explicações satisfatórias sobre o que aconteceu.

Tanto que, às vezes, eu fico pensando que essa questão do pré-natal, eu nunca mais vou ter muita segurança. Porque o pré-natal, ele não dá muita certeza de que está tudo bem com você. Porque sempre tava tudo bem comigo, de uma hora para outra aconteceu o que aconteceu. Eu vou fazer o pré-natal, mas para mim... Eu fazia: Meu Deus, como é que tudo tava indo... tudo, eu sempre tive boas notícias. Eu nunca tive uma notícia que eu pudesse ficar um pouco preocupada, e até me, sei lá, me cuidar

mais, de forma que não tivesse acontecido. Mas nunca me disseram nada que... a não ser que tava tudo muito bem. E de uma hora para outra foi quando houve rompimento de bolsa (SIMONE).

A terrível experiência de Simone, que vivenciou propriamente o aborto, enquanto outras mulheres vivenciam o medo dele, ou sua ameaça, é o que coloca limites em seu posicionamento diante da técnica e que igualmente obstaculiza a sua resignação e conformação com a enorme perda pela qual passou e ainda passa.

4.4 Efeitos indesejados e novas possibilidades.

Os eventos não desejados nos ciclos de fertilização podem ser de vários tipos: complicações na estimulação ovariana, sendo a mais comum a síndrome de hiperestimulação ovariana⁹, infecções, abortos espontâneos, gravidez ectópica, gravidez de múltiplos, aumento de diabetes e pressão alta em grávidas de múltiplos, embriões excedentes congelados, parto prematuro em gestações múltiplas, complicações após o nascimento dos bebês múltiplos, respiratórias, cardíacas, lesões neurológicas, malformações ou indefinições anatômicas, entre outros.

Além disso, temos as condições psíquicas da mulher, diante da ansiedade elevada ao expoente máximo. O seu estado, diante do fato de que desejava um filho e se vê grávida de vários, as condições em que ela vai exercer sua maternagem diante de um parto prematuro e de múltiplos.

Tais complicações têm na base a quantidade de embriões produzidos e transferidos para o útero. Muito importante também é a questão das condições para o casal, quando o filho nasce oriundo de material reprodutivo obtido por doação.

⁹ **Síndrome da hiperestimulação ovariana** – Trata-se de uma reação dos ovários ao estímulo medicamentoso para ovular, o que provoca um acúmulo de líquido e aumento de volume do ovário, podendo o líquido evadir-se para o abdômen, causando inflamações e infecções sérias como, por exemplo, a peritonite. As alterações provocadas pela síndrome também podem afetar os rins, sendo este um caso de enorme gravidade para a saúde e até para a própria vida da mulher. Requer cuidados especializados e acompanhamento vigilante.

Voltando à experiência de Beatriz, mesmo utilizando tecnologia de ponta, clínica de Primeiro Mundo, ela não deixa de atravessar um intenso sofrimento em suas tentativas de fertilização. Mudar de especialista não a impediu de apresentar o mesmo problema que sempre apresentava, a síndrome da hiperestimulação ovariana e o desenvolvimento de uma peritonite. No entanto, com o especialista “de fora” ela recebeu o tratamento adequado, muito embora este tratamento não tenha sido nada fácil.

Mas quando foi a primeira vez que eu tive essa complicação eu liguei para ele: “Dr. S., eu estou tendo isso, já tive lá, eu posso tomar luftal e baralgin, que era o que eu tomava lá?” Ele disse: “De jeito nenhum, você vem para cá agora, isso é perigosíssimo”. Eu fiquei um tempão lá, era para ficar dez dias e eu fiquei vinte e um. Ele só me deixou vir quando não tinha perigo, porque isso podia afetar o rim, ter de ir para a hemodiálise, ou então levar até a óbito. Ele disse: “Não, você ficou boa, Deus sabe como”. Aí tirava sangue, duas, três vezes no dia, aí quando tava alterado demais, tomava albumina humana, que suga o sangue, um regime protéico e repouso total. Aí isso foi bem dolorido, sabe? (BEATRIZ)

Depois de três tentativas através de fertilização *in vitro* e de três peritonites, Beatriz continuava tentando. A quarta, e última, tentativa, quando finalmente conseguiu engravidar, foi o ápice do sofrimento, talvez a provação que estava faltando para ela obter o merecimento. Sua noção de merecimento, apesar de calcada no discurso da religião que abraça, está muito atrelada à questão do sofrimento e da dor. Quem tem merecimento é quem passa pela pior tormenta e não desiste, não desanima, não se revolta, e não se volta contra si mesmo, seu parceiro, seu médico, seu Deus.

Em seu quarto ciclo de FIV, a complicação que sempre apresentava veio mais intensamente do que todas as outras. Para implantar os embriões fecundados era necessário, antes, fazer uma drenagem – sem anestesia - da grande quantidade do líquido que estava dentro dela. Todos os médicos se unem com o objetivo comum. Beatriz, apesar da dor imensa, achava-se amparada por todos os lados. E é justamente dessa vez que ela fica grávida, que obtém o seu merecimento.

Aí foi no segundo tratamento com Dr. S. que tive isso, e cada vez que eu tinha de fazer o tratamento, eu tinha isso mais acentuado. Tanto que da segunda vez eu tive de fazer uma drenagem, mas foi dor de morrer.

Então, foi na véspera de implantar os embriões, ele disse: “Olhe, tem que tirar”. Aí foi a cru. Botou uma mangueirona lá por baixo, furou, aí saíram três litros de sangue desse tamanho, ó! Três grandões. Da outra vez absorveu Deus sabe como, né? Porque eu fui para a albumina, não consegui. Eu tomava albumina e vinha o sangue de novo. Aí dava alta. Aí, não, hoje vai ter de tirar. Aí tirou os três. Foi dor. Pense numa dor. Era Dr. S. na minha cabeça, o filho dele tirando, outro médico na outra mão, todo mundo... [risos]. Mas isso tudo dava pena, tudo dava pena. Aí dessa vez eu engravidei, pela quarta vez, a segunda vez lá. Foi a quarta que eu fiz, duas aqui, duas lá. Aí consegui (BEATRIZ).

Um aspecto que parece assustar muito os casais, em relação a esses “eventos indesejados” ou, no mínimo, difíceis de administrar, é a possibilidade de gravidez múltipla. Um temor muito justificado, pois, além da questão do filho desejado, existe a possibilidade real de riscos sérios para a saúde da mãe e das crianças. Gestação múltipla geralmente vem associada a parto prematuro, e este, por sua vez, pode vir associado a má formação do nascituro, complicações, necessidade de cirurgias, risco de morte, longas e difíceis recuperações e muito tempo na UTI neonatal.

Em relação a Denise, o que assusta é se vierem mais de dois, pois o que ela conseguiu planejar foi uma gestação gemelar, o que resolveria de uma vez só a sua programação de ter dois filhos, e evitaria o sofrimento de novos tratamentos para engravidar.

A possibilidade de recursos, como o do congelamento do excedente de embriões entra aqui como um alívio, para o caso de uma gestação, além do programado, ou seja, de mais de dois. Questionada sobre a possibilidade de se ver mãe de mais de um, de uma só vez, Denise fala novamente que não consegue ainda sonhar com gravidez múltipla, mas que, se for a “vontade de Deus”, ela administra.

O pessoal fala e se vier três, e se vier quatro? Meu marido vive vendo o álbum da clínica, a clínica tem um álbum. Ele passou na página que tinha três, quatro, ele encostou o álbum, deixou lá, ficou logo apavorado. Eu disse: vá se acostumando com isso, que isso pode acontecer. Ele não gosta nem de falar no assunto, mas eu acho que por um desespero. Mas, assim, eu sempre penso na grande felicidade, se tivesse que acontecer, se fossem dois meninos ou duas meninas, se fossem dois eu acho que seria... até por conta da minha idade, sabe? Ter uma gravidez agora que já está sendo difícil, e partir para uma outra depois. Eu acho que se já viessem dois seria o ideal. Eu acho isso bom. Até porque a gente gerou e... conseguiu gerar... e tem a grande possibilidade de implantar quatro embriões. Eu acho que quatro é demais, quatro é muito... e nem todo

mundo tem condições de criar quatro filhos. Um já é... quatro de uma vez já é meio complicado. E existindo essa possibilidade de congelar e você depois poder... eu acho magnífico (DENISE).

A possibilidade de congelamento coloca novas opções de possibilidades, o poder “alguma coisa” que na fala de Denise restou em suspenso. Esse poder remete, talvez, a uma possibilidade de garantias, garantias contra a falta - de embriões que se fixam e de uma gravidez que vai até o fim resultando em uma criança - e também garantias contra o excesso de embriões, de filhos, que é o que sobra do desejo inicial.

Sobre a possibilidade de utilizar técnicas mais arrojadas e polêmicas, que o processo como um todo de fertilização *in vitro* permite, Renata assinala a questão do diagnóstico genético pré-implantacional¹⁰ como o que mais lhe interessa, mas também assinala sua posição, mais uma vez ambivalente, em relação à possibilidade de se selecionar os embriões que irão ser implantados, e ao filho que já se sabe previamente portador de alguma má-formação ou doença genética.

A preocupação com o número e a quantidade não revelam a sua importância *per se*, mas em relação a outras implicações. Um número pequeno de óvulos e embriões produzidos, ou seja, se consegue “pelo menos” um, ele é bem vindo como vier, porque sai de uma posição de quem nada possui. Porém uma produção de um número maior traz um certo alívio em relação à seleção dos mais saudáveis, mascara um pouco o mal-estar.

Eles fazem um mapeamento, não sei se é mapeamento genético, mas eles vêem se a criança é sadia ou não. Por exemplo, síndrome de Down. Aí se for, vamos supor que conseguiu dois óvulos: “olha, um tem síndrome de Down e o outro não, você quer que bote os dois?” Por mim eu queria. Agora se você tem muitos, antes de fecundar ele já vê, pelo cromossomo, antes de fecundar. Então, “olha, esse aqui vai poder, esse aqui tá fraco, pode haver alguma má-formação. Eles vêem no momento que eles fazem, tanto é que eles só botam os saudáveis. Agora, em São

¹⁰ **Diagnóstico pré-implantacional ou Biópsia do embrião** – biópsia através da coleta de uma célula embrionária para análise de sua constituição genética. Esse procedimento pode apresentar riscos para o embrião e só é indicado em casos que possam sugerir uma maior tendência a malformações, como a idade avançada da mãe, ou quando os pais são portadores de doenças genéticas. Existem técnicas de biópsia que podem detectar a existência de doenças genéticas, como a síndrome de Down, e também podem detectar o sexo do bebê. O problema é se criar uma demanda, para reprodução assistida e rastreamento genético, de casais férteis que não precisariam, apenas para se garantir o que uma gestação natural, com todo o acompanhamento pré-natal, não garante: um embrião perfeito, de determinado sexo, ou seleção dos melhores embriões, geneticamente falando.

Paulo, o pessoal tá fazendo muito escolha de sexo e o resto despreza. Quer dizer, tão desprezando óvulos que poderiam gerar uma criança. Eu não faria isso não, simplesmente o que vier, vem. Acho que tem de fazer porque, de repente, vamos dizer assim, é um embrião que vai gerar uma pessoa com hemofilia, entendeu? Então se você tem óvulos mais saudáveis, você usa os mais saudáveis, os não saudáveis você nem coloca, até mesmo porque pode haver má-formação, essa coisa toda (RENATA).

Em relação à tecnologia, para Simone, tudo é ótimo, pois ela coloca como referência a realização do desejo de ser mãe e a possibilidade de poder escolher ser mãe mais tarde. Ela se impressiona com a grande quantidade de pessoas que apresenta dificuldades para engravidar, atualmente, e aponta uma diferença em relação às mães das mulheres atuais, que não apresentavam tal dificuldade na mesma intensidade.

Para Simone, é o fator idade que faz com que as mães da geração de mulheres de sua própria mãe tivessem ovários superiores. Porém, no caso de Simone, independente de sua idade, pois ainda é muito jovem, os seus ovários nunca foram “superiores”, e este é, sem dúvida, um diferencial também em relação à sua própria mãe, superior a ela como mulher, porque foi capaz de gerar.

Assim, a questão da tecnologia eu acho ótimo. Ia ser muito complicado se a gente não tivesse essa tecnologia disponível, para pessoas que têm uma certa dificuldade. E eu fico impressionada, porque eu não imaginava tanta gente tendo dificuldade de engravidar. É impressionante, porque o consultório da minha médica é muito cheio, imagine os outros. Porque a geração das nossas mães, elas tinham filho muito cedo, com 19, 20 anos, você é outra pessoa com essa idade, entendeu? Seus ovários são superiores, é fácil você engravidar. Hoje em dia não, por isso que essa ciência é muito nova, porque realmente começou a haver aquela necessidade de ser utilizada, porque as mulheres começaram a ter filhos mais tarde. E aí começou realmente a dificuldade. Eu acho que sim, que é pelo fato de a gente esperar muito, porque se a gente começasse a ter com 19, 20 anos, como nossas mães começaram, eu acho que não ia ter muito problema não (SIMONE).

No entanto, ela assinala o fato de ser uma ciência nova, que teve necessidade de ser inventada a partir da dificuldade de gerar pelas novas mulheres. Não podemos esquecer também que a linha divisória entre o que vem primeiro, ou seja, a necessidade de se inventar uma ciência para atender ao desejo de mulheres, ou o desejo de mulheres também formado a partir das

possibilidades da recente ciência, simplesmente não existe. Esses processos encontram-se amalgamados, não é possível discernir o que vem primeiro.

A minha família me dá muita força, sabe? Fala muito, conversa muito comigo. Às vezes é que eu não quero ouvir. Às vezes eu fico muito chateada assim, é, não querer, ou querer de outra maneira. Ah, deixar para lá. Porque a vontade, assim, de eu voltar a fazer isso de novo, eu não tenho a menor. Porque realmente há dois, dois não, quase três anos que eu estou nisso. É complicado, né? (...) Ah, sei lá, hoje a gente tem de estar aberto para o que seja. Inseminação, *in vitro*. Eu só acho assim que as complicações são maiores do que você engravidar normalmente. Eu acho que pelo fato de você exatamente, sei lá, ir contra um pouco a natureza, né? Não, isso a minha família aceita, eu ainda não fiz *in vitro*...(SIMONE)

Em relação a aspectos específicos das novas tecnologias e suas vicissitudes, para Simone a questão dos embriões congelados é vista pelo lado da utilidade e em decorrência de sua vivência anterior, ou seja, eles serviriam bem se ela engravidasse e abortasse de novo e, sem dúvida, seriam utilizados. Em relação à escolha de sexo, não faz questão de utilizar, o que faz questão é de saúde.

Em relação à questão de casais homossexuais fazerem uso da tecnologia para terem filhos ela não se opõe à opção de ninguém. “Se as pessoas querem e a tecnologia oferece, tudo bem”, porém se mostra incerta em relação à situação da criança, da subjetivação infantil nessa forma de organização familiar, também não gostaria de doar um embrião seu para um casal homossexual. Diante de um estado confuso de idéias, Simone aponta que é novo e é difícil, ainda não sabe como vai ser o estado de coisas no futuro.

Assim, se eu fizesse *in vitro*, se eu tivesse embriões congelados, e talvez a minha gestação não continuasse, eu com certeza iria utilizar os embriões congelados, sem dúvida. Questão de sexo, não, eu não, eu até agora, não sei depois, eu por mim não faço a menor questão de ter, se é homem ou se é mulher, pra mim tanto faz, contanto que venha com saúde. (...) Eu acho que está aí a tecnologia, se a pessoa quiser. Essa questão, assim, de homossexualidade, não sei, se vai ser bom para uma criança ser criada por dois homens ou duas mulheres, eu acho que isso mexe muito com a cabeça da criança. Eu não sei, mas eu não vou criticar porque a pessoa procura. Acho meio, sei lá, eu não gostaria assim, se eu desse um filho para doação e fosse criado por duas mulheres ou por dois homens, não sei se eu gostaria disso aí (SIMONE).

Simone ressalta a questão da doação de material reprodutivo¹¹ justamente porque a afeta diretamente, faz eco em suas vivências. Ela, inclusive, pensou na possibilidade de tomar um óvulo emprestado de sua irmã, a princípio, tendo como referência o fato de que, por serem filhas do mesmo pai e da mesma mãe, poderiam ser, praticamente, a mesma pessoa, geneticamente. No entanto, ela se depara com um estranhamento em sua fala, pensa melhor, e imagina como seria a relação com a irmã e com o marido, pois os dois gerariam o filho, ela seria tia e mãe ao mesmo tempo, e o filho seria da irmã e não dela.

Diante da confusão, ela percebe que nunca havia parado para pensar nas questões que estão envolvidas no procedimento de doação de óvulos, e no caso de doação dentro da família, no aspecto incestuoso da questão. Por fim, remete à questão para a experiência vivida pela sua família, onde foi adotada uma criança, devido à recusa de um tio em aceitar que sua esposa tomasse um óvulo de sua irmã, ou seja, ele recusou gerar um filho com a cunhada, o que não deixa de ser um indicativo de um limite, nesse homem, para o desejo de filhos.

Nós já falamos sobre isso, pra mim, eu e minha irmã... a minha irmã, eu acho que, sendo do mesmo pai e da mesma mãe, é praticamente a mesma pessoa, não tem problema pegar um óvulo da minha irmã. Não sei como é que isso ia ficar, é complicado, porque, na verdade, não seria o meu filho, seria o filho de minha irmã, sei lá. Essas coisas são novas ainda. Porque, na verdade, eu não seria a mãe, seria a tia, sei lá, complicado. Eu não sei, eu ainda não pensei nisso não. Isso aconteceu na minha família. Meu tio, ele tem um filho adotado. A minha tia quando começou isso, ela já tentou essa questão do tratamento, só que descobriu que ela tinha um problema no óvulo, então não poderia engravidar de jeito nenhum. A única maneira seria ela pegar um óvulo da irmã e fazer uma fertilização, com o esperma do meu tio. Ele não quis de

¹¹ **Doação de gametas ou de embriões** – Supõe-se que a primeira doação de sêmen (fresco) para inseminação artificial tenha acontecido na Inglaterra, no final do século XIX. É feita mediante a obtenção anônima de sêmen, obtido por masturbação, de um doador que se propõe a fornecer seu material a um banco de sêmen. A doação de óvulos é mais recente e acarreta uma série de procedimentos medicalizados para a doadora e para a receptora, incluindo a estimulação hormonal de ovulação e a aspiração dos folículos, o que não deixa de ser um processo invasivo e doloroso para a mulher. O primeiro nascimento a partir de um óvulo doado aconteceu em 1983, e o primeiro nascimento a partir de um embrião doado se deu em 1984. A doação de óvulos já deu origem, no Brasil, ao nascimento de uma criança gestada em uma mulher pós-menopausa, aos 58 anos. A doação de sêmen e de embriões foi viabilizada pela possibilidade de criopreservação, o que já não acontece de maneira idêntica para o óvulo que não resiste bem à conservação. Técnicas de congelamento de tecido ovariano estão em desenvolvimento, e já houve nascimentos a partir de maturação de óvulos em laboratório. Existem outras opções como transferência de citoplasma e também alterações genéticas entre óvulos. Dessa maneira, a ciência já permite “combinar” informações genéticas de vários genitores. Outra técnica em desenvolvimento é a de criação de óvulos a partir da transformação de células comuns em células reprodutivas.

jeito nenhum! Ele disse que não ia conseguir, na cabeça dele ter um filho... ele ter um filho assim, com a irmã, com a cunhada, né? (SIMONE)

Apontando a dimensão simbólica da doação, como a de sêmen e de óvulos, Chatel (1995) assinala que, para além da questão legal do anonimato na doação, não existe o encontro que permita o estabelecimento dos termos de troca entre quem doa e quem recebe, ou seja, na doação anônima o doador não é responsável, é doação às cegas, apagam-se as identidades. Não existe o dom, o doador também é movido pela satisfação de uma fantasia própria (“espalhar produtos e filhos com sua marca pelo mundo”), além da dimensão altruísta do seu ato.

Em relação à doação de óvulos, Corrêa (2000) aponta que, a respeito da doação de material reprodutivo, a doação de óvulos foi sendo “deixada para depois”, em razão de dificuldades técnicas quanto ao congelamento e disponibilização de óvulos em bancos. Tal fato colocou um entrave ao circuito do dom na doação de óvulos, pois à doadora só poderia ser oferecido um contra-dom com um grande peso de negatividade: a invasividade, a medicalização do corpo feminino e o sofrimento físico durante a coleta. Recentemente, já foram conseguidos resultados limitados e raros de congelamento de tecido ovariano, principalmente para mulheres que tiveram de se submeter a radioterapia ou quimioterapia.

Além disso, é comum ouvir dos especialistas e do senso comum que a mulher (receptora) aceita mais facilmente engravidar de um óvulo doado, podendo superar com maior facilidade seus conflitos psicológicos relativos à parentalidade biológica da criança, pois a receptora ainda tem a gestação e o parto com os quais se conformar e aceitar a criança como sua, o que não aconteceria com o homem receptor, em relação ao emprego de sêmen doado. Contudo, a autora assinala que as razões que levam uma mulher a ser doadora de óvulos permanecem obscuras, para além da aceitação e engrandecimento social, o que não acontece devido à desconfiança social generalizada nesses assuntos.

Em relação à técnica da reprodução assistida, como um todo, uma outra participante, Eliane, faz uma crítica em relação ao fato de que a natureza - com

ares de perfeição intocável - é imitada, o que a assusta. A natureza aqui é reforçada pela garantia de “naturalidade” que é a gravidez para a mulher, principalmente a mulher casada, em que o padrão de normalidade, respaldada no natural, é a gestação. Mulher e gestação é uma associação ímpar da natureza, e a mulher que não engravida, seja por razões diversas, é “desnaturada”. A tecnologia reprodutiva vem, então, para preencher os hiatos e falhas daquela mulher especificamente, tentando “imitar” a verdadeira natureza da mulher.

Algo que a incomoda, no entanto, é o fato de que as intervenções técnicas são apresentadas numa versão muito simplificada, em relação ao que é vivido por ela. Muitas questões que podem ter sérias vicissitudes, que podem afetar profundamente as pessoas envolvidas, são simplificadas pelos especialistas. O que é apresentado de maneira simplificada, é vivido na pele muito intensamente, e se mostra muito mais complexo, pois se desdobra, afeta instâncias múltiplas, quer sejam individuais, orgânicas, afetivas, religiosas, culturais, sociais. Enfim, a intervenção da técnica, em uma mulher e em um casal - família e cultura - que demanda filhos, tem múltiplas repercussões.

A técnica, né? Tem essa coisa de querer imitar um pouco a natureza, né? Que a gente... isso assusta a gente. E tem a coisa de simplificar muito as coisas. Uma coisa que pode trazer um problemão enorme, pode afetar toda uma relação, né, acabar. E de repente, eles explicam assim... tão simples, né? (ELIANE)

Em relação à escolha de sexo¹², afirma que jamais utilizaria, mesmo sentindo a pressão dos outros para que o ideal do procedimento fosse realizado, ou seja, dois filhos, gestação de gêmeos, para encerrar o assunto, visto que na

¹² **Escolha de sexo ou sexagem** – Técnicas de manipulação do sêmen ou do embrião, que permitem realizar a seleção do sexo desejado para a futura criança, ou seja, a prévia definição do sexo do bebê. Existe a centrifugação de sêmen, que permite separar os espermatozoides que vão originar bebês masculinos ou femininos, seguida da introdução da amostra escolhida na mulher, no período fértil, através de inseminação artificial. A segunda técnica requer fertilização in vitro e consiste em produzir embriões e, através de biópsia, selecionar os de sexo masculino e os de sexo feminino. Os embriões do sexo desejado pelo casal são implantados e os outros, descartados ou congelados. A primeira técnica garante em torno de 70% de acerto, enquanto que o percentual de acerto na segunda é quase total. Atualmente, está disponível uma terceira técnica, nos EUA, com alto índice de acerto, em torno de 90%, na qual o esperma é tingido com um corante fluorescente, que permite o exame de cada espermatozoide, um a um, para saber o cromossomo que carrega. Os especialistas que fazem sexagem, a pedido dos casais, assinalam que o fazem em nome do equilíbrio ou balanceamento familiar, em que os casais só podem “escolher” se já tiverem filhos e se estes forem do mesmo sexo. Essas técnicas também podem ser realizadas em nome de gerar embriões que não carreguem genes determinantes de doenças ligadas ao sexo, como hemofilia.

cultura da fertilização assistida todos querem dois (um é pouco, dois é bom, três é demais) de uma só vez, para não ter de passar de novo por tudo, e, de preferência, um casal. As pessoas, em geral, também a pressionam por uma ligadura de trompas, uma vez que ela já está grávida dos dois filhos desejados e esperados, mas para ela é muito estranha a idéia de uma laqueadura para uma mulher que desejou tanto um filho e teve tanta dificuldade para realizá-lo.

Além disso, todas essas questões lançam-na novamente em seu dilema em relação aos embriões congelados. Parece impossível para Eliane colocar um ponto final no processo e dar início à “tão sonhada maternidade”, com tudo isso no meio do caminho. As justificativas em relação à questão financeira e profissional é o que determina o número de filhos do casal.

Até assim, quando as pessoas perguntam, porque no começo da gravidez as pessoas perguntavam se eu tinha, se eu queria... “ah, que bom se fosse um casal, se fosse um casal, não sei o quê”. Então isso realmente era uma coisa que nem eu nem meu marido, a gente não fazia questão, o que viesse, realmente, a gente estaria satisfeito. Menino ou menina, não fazia diferença, como não faz hoje (...) Foi tão difícil ter feito, que, hoje em dia, eu jamais faria uma coisa dessa, de fazer uma laqueadura para não ter mais filho, até uma insanidade minha, porque foi tão complicado o processo. O desejo foi tão grande, por que agora eu vou dizer “não quero mais ninguém, não quero nenhum”. Isso não passa na minha cabeça... futuramente. Hoje em dia a questão da quantidade é mais pela questão financeira e, assim, profissional. (ELIANE).

Novamente, em relação à escolha de sexo, Beatriz também nos fala e traz algumas peculiaridades. A condição do casal infértil, aquele que não tem nada, é de aceitar o que vier, pois quem nada tem, tudo aceita. Além disso houve a “sorte” de ter tido logo o filho do sexo desejado, o que a livrou de se posicionar a respeito de uma escolha desse tipo. Também há a questão cultural, para a qual a possibilidade de escolha de sexo vem trazer a solução para os problemas do casal que precisa ter, culturalmente, filhos do sexo masculino, mas que espontaneamente não os tem.

Quanto à escolha de sexo, eu acho que a gente deve... se você quer ter muito o filho, a gente aceita o que vier, né? Tanto que lá é mais caro. É, a escolha de sexo. Mas eu acho que se a pessoa quer, e se Deus permite a ciência evoluir, é porque é para a gente usar mesmo. Eu não escolhi. Mas é porque eu também já tive de cara a menina, que é o que o meu marido sempre quis. Não sei, talvez um dia eu pudesse escolher, se eu

não tivesse. Minha tia tem um amigo, que foi quem me indicou para ir para Dr. S. Ele é grego, e os gregos têm que ter um filho homem. Ele já estava com seis filhas... Então eu acho que se Deus deu condições da ciência evoluir, é porque a gente pode usar. Feito minha avó, se não fosse a ciência ela não tava viva. Tá com respirador, a pressão subindo por conta de drogas, não é natural, mas a gente hoje não usa? Eu acho que se Deus permite a gente, é para a gente fazer um bom uso, né? (BEATRIZ)

Assinalamos, também, a questão financeira e de mercado. A possibilidade de escolha existe, mas quem quiser exercer o direito de escolha tem de ter condições de pagar por isto. Posição típica do liberalismo, liberdade de escolha para quem pode escolher. E, finalmente, a aliança tão presente entre o discurso científico e a divindade. Onde um pára, o outro começa, o limite de um é a continuação do outro, um legitima o outro e vice-versa. Como, para Descartes, a racionalidade humana seria a prova maior de sua origem divina e da existência de Deus, agora a tecnologia desenvolvida é fruto da permissão divina e da presença desta no homem.

As tecnologias de procriação realizam a maternidade e a paternidade para casais inférteis, para pessoas solteiras, para casais homossexuais, mas também produzem casos antes impensáveis, o que, freqüentemente, tem sido notícia na mídia brasileira e na mídia mundial. Como exemplos, Roudinesco (2003) nos traz diversos casos, como uma mulher inseminada pelo sêmen congelado de seu marido, com o detalhe de que este já estava morto antes da fecundação. Bancos de esperma e seus menus de doadores, que trazem detalhes não apenas sobre sua ascendência e características genéticas e de aparência física, mas também aspectos de sua vida social, comportamento, nível intelectual, escolaridade, habilidades, preferências, etc, e todos esses detalhes fazem a diferença no momento de se escolher o sêmen doado.

Já se chegou, inclusive, à tentativa delirante de criação de um banco de sêmen formado por homens que já haviam recebido o prêmio Nobel. Mulher que “empresta o útero”, a famosa barriga de aluguel, comercializada inclusive em alguns países, lutando pela maternidade, na justiça, após o nascimento do bebê, com a mãe genética impedida de gerar. Doação de esperma por testamento para a namorada, deixando o nome da criança escolhido, inclusive, por um homem que

fez tudo isto antes de se suicidar. Mulher de 62 anos que deu a luz a um bebê fertilizado por óvulo doado e pelo sêmen de seu irmão. Milhares de embriões excedentes, mantidos em nitrogênio líquido, provavelmente aguardando a liberação legal da mais nova descoberta da ciência e que também proporciona uma ávida fatia de mercado: as células-tronco.

Outras cenas reais, que acontecem diariamente, no universo das clínicas de reprodução e fora dele: casais que recebem um cardápio de sêmen para escolher a amostra ideal e que brigam pela cor dos olhos ou textura dos cabelos do doador, em clínicas brasileiras sofisticadas. Tia que gera a sobrinha em virtude da morte da cunhada, que deixou embriões fecundados em laboratório antes de morrer. Embriões congelados, herdeiros de uma fortuna de pais milionários, que morreram em acidente, jovens mães (virgens) que se submeteram a inseminações artificiais em produções independentes.

E continuam os exemplos: pai que manda descartar os embriões fertilizados, depois de inúmeras tentativas, por serem do sexo feminino. Leilão pela internet de óvulos de belas modelos, mediado por um homem que cobra 15.000 dólares por um gameta de “suas meninas”, um verdadeiro “cafetão” de óvulos. Criação de útero artificial, que gera um cabrito anêmico, para um dia poder ser utilizado na gestação de vida humana. Mulher que escolhe doador para fazer uma “produção independente”, e que faz questão de que ele tenha nível superior. São alguns entre outros exemplos variados, diferentes, inovadores, mas, muitas vezes, bizarros (TEICH e OYAMA, 1999).

Outro grande exemplo das novas possibilidades trazidas pelo desenvolvimento tecnológico, no campo da reprodução humana, é a clonagem reprodutiva¹³. Este tema é por demais complexo e polêmico e não nos cabe desenvolvê-lo aqui, pois para tanto seria necessário um outro trabalho de pesquisa. Faremos apenas uma breve apresentação e reflexão a respeito, pois a clonagem reprodutiva pode se oferecer como mais uma alternativa de reprodução

¹³ **Clonagem reprodutiva** – técnica através da qual substitui-se o núcleo de um óvulo por um núcleo de uma célula adulta, e, através de impulsos elétricos obtém-se a divisão celular que vai dar origem ao embrião, que será uma cópia genética do genitor que forneceu o núcleo celular, mas que também terá informações genéticas provenientes do citoplasma do óvulo materno. Este embrião é então implantado no útero da mãe. Ainda não restou provada nenhuma experiência desse tipo com seres humanos, temos apenas rumores, muito embora a técnica tenha sido desenvolvida e obtido sucesso em animais, como no caso da ovelha Dolly.

assistida. No entanto, tal alternativa apresenta um “a mais” das outras, oferece a possibilidade de não apenas um filho para um casal com dificuldades ou impossibilidades de gerá-lo, mas também de um filho que será uma cópia genética de um dos pais.

Em fins de dezembro de 2002 (CNN, 27 de dezembro de 2002), foi anunciado o nascimento do primeiro bebê clonado, do sexo feminino, nascida em um país não revelado, clone gestado de uma norte-americana de 30 anos, em tratamento para infertilidade. O anúncio partiu da cientista Brigitte Boisselier, chefe da equipe da “Clonaid”, empresa fundada nas Bahamas, em 1997, por Claude Vorilhon, fundador de uma seita que crê que a vida na terra foi formada por experiências de extraterrestres, e que a clonagem é a maneira de se alcançar a vida eterna.

Apesar de Boisselier afirmar que as experiências de clonagem foram realizadas para ajudar casais inférteis, o próprio Vorilhon já disse, anteriormente, que a clonagem de bebês é o primeiro passo para o desenvolvimento da técnica de clonagem de adultos com a finalidade de evitar e vencer a morte. Curiosamente, ao suposto bebê foi dado o nome “Eve”, bela indicação de como se sentem tais cientistas no papel de deuses, de criadores, no papel do princípio organizador de tudo. Recentemente, a mesma cientista anunciou que já existiriam no mundo cerca de sete crianças nascidas por clonagem.

A clonagem também é um assunto muito freqüente e muito comentado pela mídia em geral. O nascimento com vida e o desenvolvimento do primeiro animal clonado do mundo, a ovelha Dolly, foi fato amplamente divulgado, celebrado por todos os meios de comunicação. O mesmo, porém, não aconteceu com a notícia do seu sacrifício, aos seis anos de idade, praticamente metade da expectativa de vida de uma ovelha, por problemas de envelhecimento precoce, artrite e doença pulmonar progressiva (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 15/02/2003), fato noticiado de maneira mais discreta e que não permaneceu tanto tempo na mídia.

4.5 Reprodução assistida: números, oferta e demanda.

A título de exemplo, Collucci (2000), em um trabalho de cunho jornalístico, onde foram acompanhadas as histórias de várias mulheres que engravidaram com a ajuda da ciência, junto a um centro de reprodução paulista, mostra-nos uma idéia desses números, dessa estatística impressionante, que inquieta e ultrapassa a questão da realização do sonho de filhos. O livro nos conta as histórias de 31 casais, através dos tratamentos de muitas mulheres e alguns homens. Aproximadamente (pois a narrativa apresenta muitos números, porém não de maneira a contemplar todos os eventos homogeneamente), foram realizados em torno de trinta procedimentos de inseminação artificial, noventa fertilizações *in vitro* e dez injeções intracitoplasmáticas de espermatozoides. Destes procedimentos, resultaram “produzidos” em torno de trezentos embriões, dos quais, aproximadamente, sessenta permaneceram congelados.

De todos esses embriões fecundados e transferidos no curso dos tratamentos, nasceram em torno de sessenta e sete bebês (ou seja, restaram perdidos em torno de 170 embriões), sendo, aproximadamente, dez nascimentos de gêmeos, nove nascimentos de trigêmeos, um nascimento de quadrigêmeos e dezesseis nascimentos singulares. Dos bebês nascidos, mais da metade nasceram prematuros, muitos apresentando complicações devidas à prematuridade e necessitando ficar em UTI neonatal por dias, e até um a dois meses após o nascimento.

Esses números não são apenas números, não servem apenas para estatísticas que, sob pontos de vista diversos, ora engrandecem as realizações da técnica, ora servem para sua crítica e questionamento. São, acima de tudo, expressões de vivências múltiplas. Significam o encontro emocionante de um casal que esperou muitos anos e muito sofreu com o filho tão desejado; o sentimento de surpresa, susto e até pânico diante de uma gravidez múltipla; o sofrimento na carne, de homens e mulheres, no curso de cirurgias e procedimentos invasivos e dolorosos; expectativas, ansiedade e enorme tensão a cada espera, a cada resultado; a frustração diante dos inúmeros insucessos; a dor

diante dos abortamentos; a dolorosa e angustiante “escolha” envolvida, por exemplo, em processos de seleção e redução embrionária, ou congelamento de embriões, e outros tantos sentidos. Enfim, um amalgamento de sensações, sentimentos ambivalentes, conflitos, dor, alegria, um verdadeiro caleidoscópio humano.

No Brasil, a universidade e o ambiente acadêmico ainda são os maiores responsáveis pela pesquisa e pelo desenvolvimento de tecnologia. No entanto, em relação à Reprodução Assistida, o fato não se deu como de costume. Esta chegou ao país através da medicina privada, desde a década de 80. Especialistas estrangeiros eram convidados para vir ao Brasil, por médicos locais, em suas clínicas privadas; e os especialistas locais, por sua vez, freqüentemente visitavam os estrangeiros, estabelecendo assim parcerias, e, muitas vezes, utilizando financiamentos de grandes empresários do setor privado (CORRÊA, 2001).

Existem ainda poucos serviços públicos que ofereçam atendimento em reprodução assistida no Brasil, de maneira limitada, não tendo condições de oferecer todas as possibilidades dos serviços privados. Em São Paulo, há serviços que oferecem o tratamento gratuito, porém há milhares de casais na fila, o que se traduz em anos de espera. Também há serviços oferecidos em Capinas e Ribeirão Preto, em Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Brasília, geralmente em Universidades Públicas.

Em Recife, em meados de setembro de 2003, foi realizado um encontro para instalar um serviço de reprodução assistida, com recursos públicos, em hospital conveniado com o SUS (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 21/09/2003), através da implantação de residência médica na área, projetado para o ano de 2004. O serviço, porém, ainda não foi implantado.

Sem dúvida, a tecnologia em matéria de reprodução assistida tem trazido benefícios para os casais inférteis e para as pessoas que desejam filhos, muito embora não sejam benefícios absolutos, tampouco impunes, porém estes não estão disponíveis para todos, apesar da freqüente alegação da liberdade de procriar.

Um parceiro indispensável para as mulheres e para os casais, de uma maneira geral, numa realidade como a brasileira, que deixa muito a desejar, é o Estado. Tratamentos e terapêuticas de ponta para engravidar, assim como métodos contraceptivos, convivem com uma realidade de descaso e de insuficiência para com a saúde reprodutiva da população.

Apesar do grande desenvolvimento tecnológico na área da reprodução, ainda assistimos a dificuldades de regulação e controle de nascimentos, alta mortalidade infantil e materna, diferenças nas concepções de infertilidade, pois a infertilidade nas classes médias e altas se caracteriza mais pelo adiamento da procriação, em virtude de projetos pessoais, acadêmicos, profissionais, planejamento familiar, e nas classes mais baixas se caracteriza também por questões secundárias, como abortos realizados precariamente, doenças sexualmente transmissíveis, infecções diversas.

Além disso, a medicalização verde e amarela também possui o seu jeitinho, principalmente no que se refere à venda indiscriminada e sem prescrição da maioria das drogas, além da falta de fiscalização, o que já acontece em relação aos medicamentos para contracepção. E a tendência pode ser a de que as mulheres, uma vez apropriadas do controle medicalizado, antecipem-se a uma possibilidade de dificuldades em relação à fecundidade e se automediquem com drogas estimuladoras de ovulação.

Luna (2001) nos traz uma importantíssima reflexão a respeito da reprodução assistida e suas relações com os contextos regionais diversos, especialmente na América Latina. Ela refere que, em relação ao tema, existem duas classes de problemas: os problemas de natureza “sexy” e os problemas enfadonhos, aborrecidos. Entre os primeiros, estariam as técnicas sensacionais, o projeto genoma, a clonagem, problemas que seduzem e que fascinam, que põem em questão o mundo fantástico da ciência e da tecnologia e seus assombrosos feitos. Entre os segundos, estão os velhos problemas como a relação médico-paciente, os códigos de ética, os direitos reprodutivos, a saúde pública e a alocação de recursos, a delicada questão do aborto legalizado e do clandestino,

as diversas realidades locais e a condição de homens, mulheres e crianças, em matéria de saúde.

A questão que está posta, é que as discussões e as práticas têm-se referido maciçamente aos primeiros, enquanto que os segundos ficam alijados do cenário espetacular da reprodução assistida. Para Luna (2001), tanto os problemas do tipo “sexy”, quanto os do tipo aborrecido devem ser estudados a partir do contexto em que se inserem e dos problemas que daí se originam. Esse tipo de divisão de águas gera uma dupla moral sobre o tema e fica escamoteada a questão da mulher em termos de distinção de classes, as questões sexistas, raciais e eugênicas. Um modelo esquizofrênico é gerado, a partir do momento em que se trata as tecnologias de RA, em países subdesenvolvidos, como uma questão à parte, um problema diferente e ascético, que não gera compromissos éticos com a saúde reprodutiva da população em geral.

Em muito pouco tempo operou-se uma difusão enorme das práticas em Reprodução Assistida em todo o mundo. São muitos os centros de reprodução que praticam as técnicas da medicina reprodutiva, porém os registros não são sistemáticos e não acompanham tudo o que se faz efetivamente, e os resultados também não são totalmente transparentes e comunicados. Os êxitos têm uma difusão muito maior, auxiliados pela mídia. Em suma, não é algo simples conhecer com exatidão o que se faz em matéria de reprodução assistida (CORRÊA, 2001).

Uma tal prática tende a enfatizar os resultados exitosos, apoiada na tese supostamente incontestável de que para um casal infértil a única solução, ou possibilidade de “felicidade”, é uma gravidez levada a termo e o nascimento de filhos. Isto tende a minimizar os riscos e os efeitos indesejados que podem ocorrer no ciclo do tratamento. Esses só são enfatizados se o resultado esperado, o nascimento do filho, não acontece. No entanto, se o caminho, mesmo tortuoso, chega a seu destino, tudo se passa como se nada houvesse acontecido.

4.6 Bioética.

O aparecimento da Bioética, como discussão e como disciplina, deu-se mais intensamente na segunda metade do século XX, após a Segunda Grande

Guerra, com o Código de Nuremberg, quando o mundo tomou conhecimento das experiências realizadas pelos nazistas com seres humanos, atrocidades realizadas por pessoas banais, que cumpriam ordens, acreditando na legitimidade do que faziam, por acreditar que o faziam com seres inferiores.

No entanto, grupos minoritários e mais vulneráveis, como presidiários e deficientes mentais continuaram sendo objeto de pesquisa, como veio à tona nos EUA, nos anos 60 e 70, pela ilusão de que a pesquisa científica seria uma entidade pura, livre de ideologias, perversão ou desigualdade que permeia a organização social, praticada também por cientistas puros. Assim também se deu na Europa, nos anos 60, com a síndrome da Talidomida, substância prescrita para mulheres com sintomas de ansiedade e insônia, “mulheres nervosas” e também para os enjôos na gravidez, e que só foi proibida depois do nascimento de mais de 10.000 crianças com problemas de mal-formações congênitas. Nesse contexto, em 1964, foi instituída a declaração de Helsinki, segundo grande documento da Bioética (DINIZ; CORRÊA, 2001).

O *boom* da Bioética em medicina se deu a partir dos anos 60. O neologismo, bioética, no entanto, foi cunhado pelo médico oncologista americano V. R. Potter, em 1971, movido pelo questionamento do progresso e para onde os avanços da ciência e da tecnologia estariam levando a cultura ocidental.

Foram instituídos quatro princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A autonomia se refere ao direito à liberdade de escolha, o segundo e o terceiro se misturam e visam a promoção da saúde, assim como a não promoção dos danos, o quarto diz respeito à inclusão e exclusão das pessoas. Esses princípios estão permanentemente em tensão e em situação extremamente complexa.

Em relação ao princípio da autonomia, Braz (1999) interroga a respeito de: até que ponto nós teríamos autonomia para dar um consentimento livre e esclarecido sobre todo tratamento invasivo e, muitas vezes, de caráter experimental? De outro lado, temos também pessoas que, no exercício de sua autonomia e do direito sobre os próprios corpos, exigem dos médicos que eles realizem procedimentos ainda não ratificados pela comunidade científica ou

reconhecidos como éticos pela sociedade. E alguns realizam em nome de vários fatores, entre os quais, acordos financeiros e avidez por pioneirismo.

A autora coloca a questão da autonomia e sua problematização em relação à posição freudiana da divisão do sujeito, consciente e inconsciente, e da visão marxista, dos determinantes sociais. Tais posições tornam impossível uma decisão autônoma e absoluta, pois nelas, a subjetividade não pode ser entendida como uma unidade identificada com a consciência e regida pela razão. O sujeito também é movido pelo desejo inconsciente, que não se faz ouvir, na maioria das vezes, nos tratamentos, pois o que se está ávido por ouvir é a demanda, que pede a intervenção. E, por sua vez, a subjetividade é uma produção a partir de agenciamentos diversos, inclusive sócio-culturais, que também fazem parte de nossas escolhas supostamente livres e esclarecidas. Quase sempre, lavam-se as mãos, uma vez assinado e arquivado o termo por escrito, e o termo funciona como solução de compromisso.

A reprodução assistida extrapolou o campo da saúde reprodutiva e entrou no campo da discussão bioética, nos anos 90, em virtude de ser um conjunto de técnicas da chamada medicina “de ponta”, e pela intervenção que promove no corpo das pessoas, nos níveis celular e genético, pela manipulação de embriões, e também pela intervenção nas questões da ordem da filiação, do parentesco, da ordem familiar, social e jurídica. As pesquisas, na área da fertilidade, extrapolaram a questão do desejo de filhos (que já é bastante complexa), assumindo contornos não controláveis, abrindo a discussão em torno da eugenia. Enfim, a questão da reprodução assistida assumiu uma dimensão ética porque lida não apenas com o *ethos* privado das intervenções e das pessoas envolvidas, mas com o *ethos* público, no que se refere ao humano.

O posicionamento dos diversos países que praticam e desenvolvem as técnicas de reprodução assistida oscila entre dois eixos principais: o eixo extremo liberal e o eixo mais conservador. A maioria dos países se situa entre os dois eixos. Nos EUA, a pesquisa com embriões humanos, através de financiamento público, está submetida a uma regulamentação, o que não acontece com a pesquisa feita pelo setor privado. Na Europa, Áustria e Alemanha se caracterizam

pela proibição expressa a pesquisas com embriões humanos. Os demais países oscilam em uma permissão parcial, geralmente autorizando as pesquisas nos catorze primeiros dias de existência do chamado “pré-embrião” (McGLEENAN, 2000).

Uma característica da discussão bioética em reprodução assistida é que ela tem sido privilegiadamente realizada pelos cientistas e especialistas da própria área. Relegou-se, assim, ao segundo plano, o enfoque social, psicológico, cultural, de gênero. Ultimamente, porém, tem sido muito enriquecida pelos debates gerados por outras áreas, a exemplo do movimento feminista, da sociologia, da filosofia e da psicanálise.

Freqüentemente associada à discussão bioética está a questão jurídica e a escassez e a precariedade da elaboração legislativa sobre o assunto, assim como as suas conseqüências necessárias, como a regulamentação, o seu cumprimento, a fiscalização, a previsão de como proceder em diferentes casos.

Na experiência de uma de nossas participantes, Renata, a falta de legislação coloca o assunto em termos de confiança pessoal na figura do especialista. Isso vem ressaltar o fato de que, ainda na maioria dos casos, a ética do processo se confunde com a ética pessoal do médico e das pessoas que o procuram para tal fim. No entanto, apesar de serem fatores muito importantes, não são suficientes e variam muito de pessoa para pessoa, pois, em alguns casos, a ética do profissional de RA se baseia naquilo que “faz o casal feliz”, naquilo que “realiza o sonho do casal”, dentro do que cada um estabelece como limites.

Mas é uma questão que tem de haver uma legislação em cima disso, tem de ser formada uma legislação, até porque você tem de confiar muito no médico. Porque se eu fizesse e eu não confiasse na médica eu não ia poder pedir para ela guardar [os embriões excedentes congelados]. Porque, quem me garante que o que ela vai botar de volta é o meu? Quem me garante que o meu, ela não vai vender? (RENATA).

Para as muitas questões da técnica que escapam ao controle de quem está na posição de se submeter à intervenção, a confiança na relação médico-paciente é o que supre as lacunas em termos de legislação, legitimação, eficácia, segurança, fiscalização e controle das atividades das clínicas de reprodução. Em

relação à técnica em si, mesmo com as práticas de responsabilidade adotadas pelas clínicas, como os contratos e o livre consentimento registrado, Renata, ao mesmo tempo, alimenta uma admiração e fascinação, assim como nutre suas esperanças, e também revela uma certa falta de segurança e, às vezes, desconfiança, em virtude dos grandes avanços tecnológicos e falta de avanços no campo da legislação, da regulamentação de tudo isso que é aplicado sobre ela, diretamente aplicado sobre ela.

Olha, tem muita coisa. Agora, é assim: existe uma preocupação muito grande, por exemplo, eu tenho plena confiança em minha médica, certo? Eu acho que você tem de ter isso, porque senão você chega lá, você é sedada, ela tira óvulos. Você não está lá dentro da sala para ver, você nem sabe que aquilo é óvulo. Se chegar com o material dizendo que é seu óvulo, como você sabe? Você não vê, não sabe que é óvulo. Então, primeiro porque não tem uma legislação em relação a esse tipo de processo. A medicina avançou muito e a legislação ficou para trás. Então, quer dizer, você chega lá, é sedada, ela tira óvulos. Então, se eu não confio nela, ela me diz que tirou dois óvulos, e eu sei se ela tirou dois? Pode ter tirado quatro para botar na incubadora para vender óvulos, não pode fazer isto? Então, se você não tem confiança...(...) Eles oferecem óvulos para quem quer. Não sei se eles em si oferecem, mas tem gente que oferece. Então vai, um casal chega lá, tem um filho, a mulher aluga a barriga e vende as crianças. Isso ocorre. Aqui em Recife eu não vi, mas em São Paulo tem. Então você tem de ter confiança, porque não existe uma legislação (RENATA).

No Brasil, não existe uma legislação sistemática e unânime a respeito do que é permitido e proibido em reprodução assistida. O grande documento sobre reprodução assistida ainda é a Resolução do Conselho Federal de Medicina (1992). A Resolução nº 1.358, do CFM, só chegou depois de oito anos do nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro, e trata das normas éticas para a utilização de técnicas de R.A.

Esse documento, em seus princípios gerais, afirma a necessidade de consentimento informado e prestação de informação aos usuários, deixa claro que não deve se utilizar o método de escolha de sexo, a não ser para prevenir doenças, proíbe a fecundação artificial para outros fins que não seja a transferência para um útero materno, limita o número de embriões a serem transferidos, proíbe o caráter lucrativo nas doações de material reprodutivo, proíbe o descarte de embriões excedentes e limita a doação temporária de útero.

Existe também a Lei brasileira nº 8.974/95 que trata da normatização de técnicas de engenharia genética e afirma que é crime a manipulação genética de células germinais humanas, assim como a intervenção em material genético in vivo, exceto para o tratamento de doenças. O Conselho Nacional de Saúde, através da resolução nº 196/96 também normatiza as pesquisas que envolvem seres humanos.

Alguns projetos de lei sobre Reprodução Assistida estão em tramitação. Um deles, o PLS 90/1999, traz uma grande novidade, que é a eliminação do termo pré-embrião, determinando embrião o produto da união dos gametas humanos. Recentemente, em outubro de 2004, foi aprovado o projeto de lei que trata da biossegurança, permitindo o uso dos milhares de embriões congelados nas clínicas de reprodução assistida brasileiras para obtenção de células-tronco, desde que lá estejam há pelo menos três anos e com o consentimento dos genitores.

Em relação à discussão bioética em reprodução assistida, é importante assinalarmos uma questão paradoxal. As técnicas, ao mesmo tempo, assumem sua dimensão inovadora, interventiva e arrojada e também se afirmam amplamente ancoradas na questão do natural, como podemos notar nas falas das nossas participantes. Ora as técnicas se afirmam como uma revolução humana e uma vitória sobre uma natureza falha; ora se afirmam como uma “ajudazinha” à natureza, de uma maneira “como se natural fosse”.

Argumentos favoráveis às novas tecnologias reprodutivas têm assento no direito à procriação e afirmam a necessidade de estas se fazerem acompanhar pela biossegurança e aumento do acesso à sua utilização e disponibilização dos serviços, principalmente públicos, tratando os recursos como necessidade sanitária, em defesa de uma melhor qualidade de vida para os sujeitos envolvidos. Esse ponto é nevrálgico em qualquer discussão e deveria estar na base do processo, e não uma reivindicação que temos de perseguir, em meio a um trajeto em aceleração.

Outras argumentações contrárias se servem do temor diante de um imperativo tecnológico e de uma situação desmedida, tal qual imaginamos nas

nossas ficções, como em “a ilha do Dr. Moreau”, ou “Gataca”. Guardado o exagero de tais visões futuristas terrificantes, não podemos nos esquecer de que o chamado imperativo tecnológico não precisa chegar à realidade das aberrações provocadas a partir da mistura de genes humanos e animais e da criação de quimeras ou de clones.

Não precisa chegar a tanto, pois uma situação que vivenciamos, em que primeiramente aplicamos o uso desenfreado as tecnologias, sem respeitar devidamente as margens de segurança e de experimentação, aguçados pelo fator mercado, para depois refletirmos sobre o que fizemos, já se configura um imperativo tecnológico. O enorme atraso com que a discussão sobre as implicações éticas do tema começa a se afirmar e o estabelecimento das diversas possibilidades técnicas, mesmo que sejam eticamente questionáveis, como realidades vividas pelos sujeitos, sem dúvida, já nos assinala o imperativo tecnológico da contemporaneidade.

A discussão bioética e sua associação com o debate entre os diversos setores da sociedade e entre as diversas disciplinas que se relacionam ao tema, não apenas do ponto de vista médico, mas do ponto de vista psicológico, antropológico, social, econômico, jurídico, deve caminhar respeitando os sujeitos, independente de sua condição financeira, raça, sexo, características aparentes ou genéticas, e deve ser respeitada e reconhecida a diversidade da condição humana.

4.7 Embriões excedentes – ciência e crença religiosa.

Um tema central na discussão bioética, atualmente, é o estatuto do embrião, o que remete ao problema do começo da vida humana. Para Kottow (2001), a procriação não é um ato consciente ou voluntário, mas sim um acontecimento que tem sua causalidade e imprecisão. As idéias predominantes têm oscilado entre a abordagem conceptiva e a abordagem evolutiva do começo da vida.

A primeira defende que a vida começa desde a concepção, ou seja, desde o momento da fecundação, e se baseia na questão polêmica da potencialidade do conceito humano, ou seja, a capacidade de se transformar em vida humana, em condições favoráveis. Essa teoria é presente nas posições religiosas, especialmente da Igreja Católica, sobre o tema.

A segunda posição é naturalista, muito presente no discurso da ciência sobre o tema, e preconiza o começo da vida humana a partir de um dado momento da evolução do embrião, como, por exemplo, o aparecimento do cordão neural, em torno dos 14 primeiros dias, após a fecundação.

Kottow (2001), no entanto, defende a posição relacional do começo da vida, que inclui as condições da mulher e da relação mãe-filho como fundamentais na potencialidade do embrião, respeitando a autonomia da mulher em aceitar ou não uma condição de mãe, e postulando que assumir uma relação materna é um profundo compromisso ético.

Em relação a este aspecto fundamental da técnica, o estatuto de embrião, questão principal quando se fala no congelamento de embriões excedentes, Renata, em sua fala, expressa suas dúvidas a respeito de como considerar os embriões: pessoas, crianças (filhos) ou não. Aqui, também percebemos que ela confunde freqüentemente embriões com óvulos, talvez, confirmando a importância de sua própria participação para o filho formado.

Além do grande mal-estar que essa técnica pode provocar, há o medo em relação à falta de certeza de que aquele embrião ali realmente seja o dela, e não de outrem. Isso nos faz lembrar uma reedição contemporânea das fantasias de crianças trocadas em maternidades, muito embora a troca se faz real em muitos casos. A maternidade biológica da mãe, em relação à sua criança tradicionalmente tem sido tratada como indubitável, como visível, ao contrário da paternidade, que exige prova. As novas tecnologias reprodutivas nos apontam que, para a mulher, isso também pode ser fonte de dúvida e de angústia, frutos de sua própria ambivalência em relação ao filho, mesmo desejado.

Mas eles fazem com o embrião, eles congelam já o óvulo com o espermatozóide fecundado, apesar de que quando eles são descongelados se perdem alguns, mas não são todos que são perdidos.

Caso eu não queira congelar, aí esses óvulos vão ser desprezados. Aí chega a sua conclusão. Esse óvulo já é uma criança? Porque já é um embrião. Aí vai da cabeça da pessoa e do conceito que ela dá a embrião. Aquele embrião já é uma pessoa, já é um ser humano? Ou não é, é apenas um óvulo com um espermatozóide dentro? Na minha cabeça é um embrião, é uma pessoa, é uma criança. Porque dali, para se desenvolver, criar braços e pernas, é um instante, não é caso de dias. Então já tá formado um embrião, a célula que vai dar origem a uma pessoa, aí cria a confusão. Se eu for deixar lá, se eu não quiser, se eu não tiver dinheiro para sustentar esse congelamento, eles vão matar essas crianças todas, ou não? Isso já é matar uma criança? Varia de conceito para conceito. Eu não tive essa oportunidade, porque não tive óvulos nem para mim, o que dirá para guardar (RENATA).

Para Eliane, as questões em torno dos embriões excedentes colocam-na num labirinto subjetivo com toda a angústia que acarreta. Para tentar atenuá-las são fornecidas explicações científicas para os embriões excedentes do tipo “não é embrião, é célula”, o que, a despeito de seu critério de verdade e de cientificidade, não satisfazem como explicações, pois não acalmam o mal-estar. São reflexos de “uma coisa seca”, que não corresponde à realidade vivida da questão.

A solução médica que lhe é oferecida para os embriões excedentes é transferi-los para o útero, no período em que o endométrio não está preparado para recebê-los, e para que eles sejam “naturalmente” reabsorvidos ou eliminados. Essas soluções não satisfazem, não aplacam a angústia, não tiram o peso simbólico da palavra “aborto”. O que fica como certo para Eliane, de tudo isso, é que ter um filho dessa maneira é assumir toda a felicidade e realização, porém assumindo, também, todas as inquietações e a angústia que provoca.

Aí tem as explicações da médica, totalmente científicas. “Não, não é embrião, é célula, só é embrião a partir do momento que coloca”. Mas fica sempre essa coisa, você aceita ou não aceita essa coisa. Porque, falando assim, parece uma coisa meio seca, né? Vou selecionar os de melhor qualidade, e aquele que está lá? Não poderia ser também? Aí, teve assim muitas consultas em cima dessa discussão, aí vem a questão religiosa, que pesa muito, né? Não, se sobrar e eu não quiser ter mais, o que é que faz com esses que estão lá congelados? Aí a solução da médica, que é a solução que ela disse mais próxima que ela faz perto do natural. É colocar os embriões na mulher, no período que sabe que ela não vai engravidar. E aí o corpo, o próprio corpo elimina. Aí fica, será que isso não é um tipo de aborto? Né? Aí... são todas essas questões que são muito complicadas, que as pessoas pensam que não existem, né? (ELIANE)

As questões religiosas estão muito presentes na fala e na preocupação das mulheres em relação aos seus embriões, o fato de serem ou não serem pessoas, o fato de um determinado procedimento ser ou não ser um tipo de aborto. As diversas religiões tratam de maneira diferente o tema.

As crenças católicas de Eliane colocam-na num labirinto, mas no caso de Beatriz, a doutrina que recebe, acredita e segue, a doutrina Espírita, serve de ânimo e suporte para que ela enfrente a questão. O Espiritismo, de uma certa forma, com limites e restrições, não condena a fertilização *in vitro*, pelo contrário, pois esta aumenta as possibilidades de reencarnação, no caso de um casal infértil que deseja muito um filho e que, espontaneamente, ele não vem.

A posição de Beatriz diante das possibilidades trazidas pelos recursos tecnológicos, especificamente na área da procriação, é de admiração, veneração, orgulho, por poder fazer parte de tudo isso. O limite vem pela questão de sua fé, dos limites impostos pela questão da religião. Duas técnicas são trazidas por ela como mobilizadoras de angústia por fazerem frente, justamente, aos limites das crenças que abraça: são elas a seleção embrionária e o congelamento dos embriões excedentes.

A seleção é totalmente condenável para ela, pois sua religião não permite o aborto. O possível congelamento de embriões excedentes, o que é muito comum nos casos de fertilização, colocou Beatriz num poço de preocupações e de angústia, pois, adepta da doutrina espírita, preocupava-se muito com a questão do espírito se unir ou não aos embriões que não fossem utilizados na transferência para o útero. Para a sua tranquilidade, ela recebeu garantias de seus mestres de que não haveria perigo, o espírito só viria se unir ao embrião destinado a ser o seu filho, o que a livrou de um último obstáculo para seguir em seu intento.

É uma coisa que eu fiquei preocupada foi com essa história de congelar. Porque eu ficava pensando, e o espírito dessas crianças? Só que, assim, eu consultei muitas pessoas da minha religião e eles disseram: “Não, o espírito só vai se ligar aos óvulos que realmente tiverem que ser...” Aí eu procurei muito o centro, porque a religião da gente não aceita o aborto, né? Então eu fiquei maluca, maluca, maluca com isso. Mas aí procurei várias pessoas. E eles: “Não, se tranquilize, que só vai ser...” Eu tive sorte, porque eu tenho um ovário só e não dei muitos óvulos, então não tive embrião congelado, mas esses... antes de fazer eu não sabia, então eu procurei saber. “Não, só vai se fixar o espírito no embrião que for

destinado realmente a ter”. Aí isso me tranqüilizou mais. (...) Agora, assim, redução eu já sou contra. Você bota, porque tem gente que bota seis, pega cinco e a gravidez fica de risco, tem que reduzir, tirar um, dois. Aí eu acho que se pegou, eu seria contra totalmente tirar, mesmo com risco para mim e para a criança. Pronto, é assim (BEATRIZ).

Finalmente, Beatriz contou com a “sorte” de não ter engravidado de múltiplos e de produzir poucos óvulos a cada estimulação, o que para muitas mulheres é um fator de muita preocupação, ansiedade e sentimentos de insuficiência e de inferioridade. Para Beatriz foi a medida ideal, pois ela não precisou ficar numa posição desconfortável e angustiante de ter de decidir entre seu desejo de filhos e suas crenças.

4.8 Modernidade e identidade feminina.

Fortemente marcados por uma tradição metafísica, mais que tradição, um posicionamento, um modo de viver, conviver e de pensar, vemo-nos diante do desafio de pensar em outros vieses, vemo-nos diante da impossibilidade de insistir em identidades fixas e permanentes, seja qual for a sua base de legitimação, assim como, diante da impossibilidade de continuarmos em uma posição complacente ou preconceituosa (duas únicas alternativas possíveis até agora) diante da diferença.

Suspender sem descartar, eis a grande dificuldade de pensar dessa maneira. É isso que podemos compreender no conceito de ‘desconstrução’, de Derrida (AMAZONAS, 2003), explicitado por Stuart Hall. Desconstruir é deixar sob rasura uma idéia, para se pensar de uma forma como que no intervalo, entre algo que já não serve mais em sua forma total, mas que também não pode ser ainda superado, e para se pensar de maneira diferente é preciso se pensar também a partir do lugar anterior. Algo que nos chama a atenção é a articulação possível dessa idéia com a questão da maternidade, também levantada por Kathryn Woodward (SILVA, 2000).

A identidade feminina, que tem sido produzida e encontrado seu lugar de fixação, a partir do século XIX, associou-se à identidade materna, para tal,

contando com definições essencialistas, que fizeram da maternidade e da mulher um fato biológico e natural, histórico e cultural. Para tanto, foram utilizadas bases biológicas, mesmo duvidosas, de associação entre a condição de procriar e uma suposta ternura, um instinto maternal que, biológica e naturalmente pertenceriam à mulher. Também se isolou na História, um fragmento de momento, quando as mulheres burguesas se caracterizaram como as boas mães, que cuidam e vivem em função de sua prole, fazendo da maternidade a razão de sua existência e a exploração máxima de seu potencial.

O século XX, as grandes guerras e suas conseqüências, os movimentos sociais, como o feminismo, o desenvolvimento científico e tecnológico, o projeto da modernidade, o ideário romântico e liberal, entre outros fatores, empurraram-nos para uma posição que se caracteriza pelo descentramento e deslocamento. A existência múltipla dos campos sociais nos obriga a uma existência múltipla de identidades, e a um movimento de desestabilização do que supostamente se compreendia como identidade e diferença, como nós e os outros.

A identidade não é fixa, o processo de diferenciação que propicia a identificação é um eterno adiamento, não é uma presença. Abrem-se caminhos para a perspectiva do “tornar-se”, do deslizamento e fluidez, nos quais identidade e diferença operam e se enredam, a *différance*, de Derrida (SILVA, 2000). Assistimos a novas produções de identidades no campo do feminino e da maternidade. São as mulheres que se definem enquanto tal, porque trabalham, produzem em todas as áreas do conhecimento e da arte. Abre-se espaço para a opção, ou não, pela maternidade. Podemos também pensar nos mecanismos de interesses que produzem a nova mulher, que a incentivam e a mantêm, pois são interesses de mercado, agenciamentos diversos de produção de subjetividades, entre outros.

Como maior tarefa que podemos vislumbrar nessa tentativa de articulação do bombardeio de idéias e do extenuante exercício de pensar no limite, pensar na margem, é pensar identidade e diferença, especialmente no que concerne à questão posta pelo feminino na contemporaneidade, como uma não-essência, algo não homogêneo, nem definitivo. Mas sim como construção, como processo,

como fragmento e como instabilidade, algo que se liga a discursos, narrativas e que tem estreitas relações com o desejo, com interesses e relações de poder.

FEMININO E MATERNIDADE: entre sonhos e imperativos.

Feito mãe, que dorme olhando os filhos, com os
olhos na estrada...
Djavan (Ferrugem)



Claude Monet (La promenade)

FEMININO E MATERNIDADE: entre sonhos e imperativos.

Feito mãe, que dorme olhando os filhos, com os
olhos na estrada...
Djavan (Ferrugem)

5.FEMININO E MATERNIDADE: entre sonhos e imperativos.

5.1 Mulher-mãe e História.

A associação histórica que se fez, em relação ao feminino e à maternidade, coloca-nos inúmeros meandros que, neste trabalho, procuramos estudar. A importância dos Mitos de origem se avoluma nessa questão, especialmente em relação à tradição judaico-cristã. Para Ceccarelli (s.d.), a psique é também, em certa medida, função da história e esta participa da constituição daquela. Tais suportes históricos sustentam o que na família, no casamento, na maternidade e paternidade consideramos esperado e adequado.

O pecado original remetia à questão do saber proibido e profanado, porém foi desviado, historicamente, para a questão da sexualidade. Hoje temos a ciência ocupando o lugar de profanadora dos mistérios, que se propõe a conhecer e desvendar todos os enigmas e eliminar do humano a doença, a dúvida, a loucura, a morte, o limite. Mas, hoje, isto não é mais pecado e sim proposta. No entanto, o extraordinário desenvolvimento tecnológico não nos subtrai a condição trágica de que somos lançados no mundo, sem escolha para tal. A angústia e o viver são as nossas condições. A liberdade, o nosso grande trabalho e condenação, e a condição de que nascemos para a morte. Para tanto, faz-se necessário a construção de um mito individual por parte de cada um.

Como imagens ancestrais do amor materno, Dolto (1993) nos lembra o Paganismo, cujo protótipo é Roma, onde para a mulher *ter* filhos, objetos de sua posse, demonstrava provas de riqueza. Na tradição Judaico-cristã é privilegiado o *ser*, através do que nos conta o Mito de Salomão, em que duas mulheres disputam a posse de uma criança, e a verdadeira mãe abre mão de sua presença, em favor de sua vida. A mãe, aqui, passa a ser aquela que anima o ser com vida. Porém, nas imagens da maternidade cunhadas no Renascimento privilegiou-se a

imagem triunfal da mãe e do menino, envoltos em ouro e luzes, em cumplicidade fusional. Com Francisco de Assis e a representação do presépio natalino, resgata-se a humanidade nas imagens. Faz-se uma representação humana e humilde das figuras do bebê, da mãe e do pai. A maternidade agora é generosa, humilde e precária. O filho é dado pela mãe ao esposo, que se reconhece emocionado como pai, e que assume a responsabilidade pela criança.

Como imagens culturais dos sentimentos maternos, temos o ícone ideal da mãe boa, que se dedica integralmente aos filhos, renunciando ao ser mulher, e que se encarrega da educação, sustentação e desenvolvimento dos filhos, em busca de uma posição social. Em contraposição, temos a figura da mãe má, egoísta, rival, aquela que não abre mão de suas frivolidades e coqueterias femininas, que se afirmou histórica e culturalmente na figura da madrasta. Tais imagens ainda são edificantes para as mulheres e para os homens. Há uma certa confusão mítica da própria mãe com essas representações. Ainda nos é imensamente cara a imagem da mãe bela, boa, serena, dedicada, dissociada de sua relação de desejante do pai (DOLTO, 1993).

Para Mansur (2003), a história do feminino é feita de construções do imaginário masculino acerca da mulher. A mitologia grega nos traz o mito de Pandora, um verdadeiro “presente de grego” de Zeus para os homens, em seu intento de vingar-se da ousadia de Prometeu. Pandora inaugura o mal da condição humana, pois carrega a condenação do desejo, e este mal vem encarnado na mulher. A figura bíblica de Eva continua na mesma tradição, a mulher fraca, ambígua, que sucumbe ao mal. Lilith, figura mítica anterior à Eva, verdadeiro mito de exclusão, que é feita do mesmo pó que Adão e não aceita submeter-se a ele. Dessa maneira, foge condenada ao limbo de sua liberdade solitária e é representada como uma figura maléfica, um espírito da noite.

A mulher foi constituída como imagem de um ser ambíguo, contraditório, misterioso e imprevisível, ou seja, porta-voz da condição humana que, durante séculos, foi expurgada do humano, pelo menos do humano masculino, sendo depositada na mulher. Para a mulher sair desse lugar, teve de aceitar, através de inúmeros deslocamentos, o lugar de esposa e mãe. Foram moldados então dois

tipos de mulher: a perversa, pecadora e erotizada, a quem coube, por exclusão o espaço público; e a mulher devotada, dedicada, disposta ao sacrifício, a quem coube, por inclusão no mundo humano, o espaço privado.

No entanto, essas mulheres privadas (literalmente) ainda se colocavam no limiar da desconfiança devido a eventos como menstruação, gravidez e parto, considerados épocas “férteis” para o aparecimento de distúrbios, o cio e a loucura que tornariam a aparecer se recusando à domesticação. Para tais episódios, o exercício da maternidade, o cuidado em tempo integral das crianças era a cura (MANSUR, 2003).

Se a antiguidade produziu o paradigma do sexo único, hierarquicamente masculino, tido como perfeição e luz, ao contrário do feminino, *locus* da imperfeição e das sombras, a modernidade produziu o paradigma da diferença sexual, calcado nos ideais igualitários da Revolução Francesa, e que contraditoriamente produziu hierarquia da mesma maneira, só que fundamentada em conhecimentos científicos, biológicos e fisiológicos da diferença entre homens e mulheres (BIRMAN, 2001).

A extraordinária pesquisa de Badinter (1985) nos diz que a associação entre os termos “amor” e “materno”, criando a expressão amor materno, incorporada pela sociedade burguesa do século XVIII e XIX e transmitida de geração a geração, criando uma verdadeira cláusula pétrea da modernidade, é fato recente. A excepcional mortalidade infantil na França do século XVII, assim como o costume de enviar os filhos recém-nascidos para a convivência com amas mercenárias longe da casa paterna, a esta retornando muitos anos mais tarde, ou mesmo nunca mais retornando, pois a maioria morria por maus tratos, mostra-nos uma face da maternidade e da paternidade que nunca fazemos muita questão de lembrar.

A burguesia, assim como os interesses de Estado e os saberes e a filosofia da época, como o movimento iluminista, especialmente através de Rousseau, criaram uma nova imagem feminina, como mãe dedicada e esposa devotada, responsável pela gerência do lar, e pelo cuidado, saúde e educação dos filhos.

Gustave Flaubert (2003) em seu clássico “Madame Bovary” nos presentearia com um modelo da condição feminina oitocentista, a pequeno-burguesa, Emma, paradigma de uma mulher que não cabia no seu próprio mundo e que vivenciava um “inexplicável mal-estar, que muda de aspecto como as nuvens e que se move em turbilhão como o vento” (p. 55).

O livro nos retrata bem o processo descrito por Badinter, da passagem tortuosa de mulheres que não se consideravam plenas com o casamento e com a condição de mãe, mas que socialmente foram persuadidas a gradualmente ocupar este lugar, não sem conflitos, como nesta passagem:

Jamais se deve deixar de cultivar as capacidades naturais. E, depois, lembre-se, meu bom amigo, de que, exortando sua esposa a estudar, vai economizar mais adiante com a educação musical de sua filha! Eu, por mim, acho que são as próprias mães que devem ensinar os filhos. É uma idéia de Rousseau, talvez uma novidade ainda, mas que acabará triunfando, tenho certeza disso, como a amamentação maternal e a vacina (FLAUBERT, 2003: p. 290).

O século XIX, considerado o apogeu da condição feminina moldada pela tradição masculina, também foi o século da transição na história das mulheres. Se elas perderam poderes, como a vida social e mundana, e a participação política de alcova, também ganharam outros, principalmente o poder de mãe, através da perda do poder do pai, no espaço privado, agora feminino por excelência. No entanto, o século XIX também foi o tempo da denúncia, pelas mulheres, de que elas simplesmente não “cabiam” nesse lugar a elas destinado, tão pequeno e apertado.

A denúncia feminina se apresentou através do adoecimento e do sintoma, linguagem possível nesse momento, e, nesse sentido, as histéricas de Freud souberam berrar a plenos pulmões, dizendo que estavam dispostas a ser mais do que a condição a elas oferecida: esposas, mães, interdidas ao saber dos homens. Paralelamente à histeria, um intenso movimento de mulheres, no sentido de terem acesso aos direitos cidadãos masculinos, o que desembocou no século XX com o feminismo e com a oportunidade que faltava: as grandes guerras, que tiraram os homens dos cenários urbanos e convocaram as mulheres. Assim,

através do trabalho, dos direitos conquistados, do voto, da emancipação e cidadania, as identidades femininas diversificaram-se.

5.2 Feminino e contemporaneidade.

Em nossa contemporaneidade, marcada em muito pela ascensão social da mulher, e pelo desenvolvimento científico e tecnológico no campo da sexualidade e da procriação, vivenciamos um fenômeno muito peculiar: “a cronicidade da falta de tempo” (GRASSI, s.d.). São muitas coisas para preencher as horas que ficaram poucas. Isso manifesta um excesso, uma sobra que sempre temos de providenciar, mas da qual raramente fazemos uso.

O feminino, hoje, pode ser da dimensão desse demais para a mulher, na medida em que se traduz numa multiplicidade de papéis, numa excelência desmedida, da qual tem de se dar conta de tudo, feminino 24 horas por dia. Em consequência dos sem-tempo, temos o fenômeno atual de anulação do tempo de espera. A cultura ocidental contemporânea, especialmente dos grandes centros urbanos, que se estende às diversas camadas sociais (com seus diferentes referenciais), valoriza e deseja a realização imediata, rápida e eficaz. Demandamos instantaneidade para não termos de suportar a angústia da espera (GRASSI, s.d.).

Os tratamentos para engravidar, no campo da fertilização artificial e o uso da fertilização *in vitro* como panacéia para todos os casos de infertilidade, são bons exemplos disso. Esta se afigurou como o meio mais imediato e direto diante do enigma da infertilidade que, temporária ou permanente, sempre é complexa, sempre porta uma multidimensionalidade de fatores, e que nos descola de nossas posições tradicionais e históricas em relação à família, à maternidade e à paternidade. Esse descolamento, associado ao tempo de espera mínimo, ao qual estamos nos subjetivando, acentua o caráter insuportável da situação.

Hoje o bem-estar propagado pela mídia e pela publicidade pode ser adquirido, mesmo que um bem-estar ilusório. Ter felicidade é comprar um produto, e os sonhos também se afiguram como produtos. A exemplo disso temos o sonho

do filho, principal estratégia de *marketing* das clínicas e centros de reprodução. Os bebês, mesmo que não seja esta a intenção, findam por se constituir também sob a forma de produtos, adquiridos nas vitrines das clínicas ou nos menus dos bancos de sêmen. Passam a ser, de certa forma, logomarcas de tal ou qual especialista, ou de tal ou qual centro de reprodução.

É preciso, então, consumir sempre para não sentir os efeitos da falta, pois isso nos traz a ilusão de estarmos protegidos do sofrimento e da dor. A angústia do tempo de espera, que se forma no espaço vazio entre o desejo ou a demanda, e sua satisfação ou acontecimento remete o sujeito ao arcaico de sua existência, em que a alternância entre a presença e ausência materna vem sempre dizer que o desejo da mãe extrapola o bebê. O tempo de espera aponta que a mãe é não-toda para a criança e esta é não-toda para a mãe, ou seja, o desejo materno não se preenche completamente pela criança (GRASSI, s.d.).

Não raro, tentamos manter a ferro e fogo a ilusão de que o “ter de ter” um filho, tão presente na história das mulheres que buscam a reprodução assistida, vai responder a esse lugar. Manter-se na posição de que um filho pode ser o objeto todo, ter um filho para dar a ele o que sua própria mãe não lhe deu, ou para obter com ele um relacionamento que não foi possível com sua própria mãe.

A autora também nos indica a questão das doenças psicossomáticas, freqüentes e perseverantes, nos sem tempo. Essa pode ser também mais uma maneira de compreendermos a grande freqüência da infertilidade nas mulheres e homens sem tempo para procriar, ou seja, que adiam sua maternidade e paternidade para depois de realizações profissionais, acadêmicas, reconhecimento social, etc. Como já foi dito, a infertilidade é complexa e não importa se ocupamos posturas eminentemente médicas, psicológicas, feministas, culturais, de gênero, isso não muda a questão de que os tratamentos disponíveis não curam o órgão, tampouco atingem a dimensão significativa. Faz-se um caminho paralelo, tortuoso, sem dúvida, embora seja muito propagado como fácil, mágico e miraculoso.

No que concerne à infertilidade, além do fator idade, temos também de considerar que o tempo de espera na contemporaneidade é mínimo. O progresso

científico impõe um ritmo feroz, em que esperar por alguma coisa é quase um pecado, ou indicativo de falta de condições, de vontade, de *status*, etc. O fator idade pesa muito, sem dúvida, para as mulheres que colocam a realização do desejo de filhos para depois da realização de estudo e trabalho. Isto se apresenta de maneiras muito diferentes, nos múltiplos estratos sociais, não podemos homogeneizar o fenômeno para todas as mulheres.

A fecundidade também depende de uma capacidade da mulher de deixar-se receber algo e tem um valor simbólico de um dom. Através de sua infecundidade manifesta a mulher também pode estar exprimindo uma impossibilidade, temporária ou não, de se assumir como mãe, de se responsabilizar como mãe. A contemporaneidade, de certa maneira difunde respostas esterilizantes por parte dos sujeitos. Quantos homens e mulheres não já passaram pela situação de receber uma “profecia” de seus médicos que, ao analisarem seu potencial fecundante em termos de substâncias e de morfologias, funções e disfunções, assinalaram que eles teriam dificuldade de conceber e gerar futuramente? Tais respostas técnicas, antecipadas, contribuem para eliminar do seu imaginário a criança – a criação – para que a fecundidade possa se realizar (CHATEL, 1995).

Na relação do casal, da mulher ou do homem infértil com o especialista, seja de que área for, é colocado e dirigido a um outro um desamparo mais fundamental. Frequentemente o tratamento se destina a não abordar a dimensão significativa da dor e do sofrimento, encontrar uma via paralela e encarar o sofrimento apenas como físico. Perde-se, assim, que algo de subjetivo da dor se mostre, padroniza-se a dor como algo que demanda soluções universais e que neste caso não são anônimas, pois apresentam a logomarca do especialista. Esquece-se que o tempo vivido é diferente do tempo cronológico (GRASSI, s. d.).

Em sua larga experiência clínica com mulheres, em programas de reprodução assistida, e em uma realidade francesa, onde o direito à procriação e o direito à não-procriação andam em paralelo, através dos serviços públicos e privados de assistência à procriação e interrupção voluntária da gravidez (aborto legalizado), Chatel (1995) assinala que os laços que unem mulheres e tecnologias

de procriação são complexos e difíceis, pelo fato de que os protagonistas (técnicos e mulheres) não falam a mesma língua, caracterizando um “diálogo de surdos”, no qual demanda e oferta, o que está sendo pedido e o que se dá, nem sempre se apresentam de maneira coerente. Nesse tipo de diálogo, cala-se o discurso subjetivo em prol de uma linguagem técnica antecipatória.

Se a medicina da reprodução tem um caráter fortemente indutor, pois se coloca numa posição de salvação quando não há mais esperança, as mulheres também a ela se prestam, pois o que está em jogo, para além da realização do desejo de filhos, é a relação com a própria feminilidade, à qual a gravidez vem responder satisfatoriamente, pelo menos por algum tempo.

O feminino, atualmente, compõe-se de uma série de arranjos entre posições históricas de mulheres, assim como de mulheres na história pessoal de cada mulher, suas mães e avós. Compõe-se de um amalgamento paradoxal entre uma tentativa de identificação com tais posições e de uma recusa às identificações, através da construção da “nova” mulher.

A fala de Denise nos coloca uma questão do feminino na contemporaneidade: a programação e a necessidade de se ter “tudo”. Denise evita a gravidez por muitos anos, em virtude de um crescente aperfeiçoamento acadêmico e profissional. Com duas graduações e muitos concursos, não desejava filhos no início do casamento, apenas buscava estudar e se aperfeiçoar, ocupar um lugar no mercado de trabalho, na sociedade, conquistar uma posição estável. Ela pensa, assim como inúmeras mulheres, que o projeto de ter filhos faz parte de uma programação para a sua vida, que ela executa por partes, e que “basta apertar um botãozinho”, no momento desejado, para a gravidez acontecer.

Há dois anos atrás a gente resolveu ter filhos. Foi uma decisão assim... a gente sempre... eu sempre estava fazendo concurso, estudando para alguma coisa, terminando engenharia, terminando computação, sempre minha vida inteira foi estudar. Então a gente sempre estava protelando. Não, esse ano não, para o ano. (...) E assim, a gente nunca pensa que isso pode acontecer com a gente, sabe? É mais ou menos isso, a gente pensa que é uma coisa natural, que quando quisesse ter era só apertar um botãozinho que fluía. E não é, né? É muito diferente (DENISE).

A questão da infertilidade, de “não estar podendo, temporária ou permanentemente, ter filhos” traz um mal-estar a Denise, por fazê-la sentir-se diferente dos outros. A isso ela não reage com o silêncio, mas sim com a vontade de dividir o problema, de compartilhar. Ao contrário, o silêncio sim, esse incomoda, pois a faz se sentir diferente. O que mais a faz sofrer é o constrangimento dos outros, o calar em relação a esse assunto, o choque e o mutismo que causa nas pessoas quando ela comunica sobre o seu problema. Dividir, conversar, interessar-se pelas experiências das outras pessoas traz um certo alento, pois na experiência do tratamento para infertilidade, Denise se queixa da “velocidade” da clínica, a rapidez do atendimento, a quantidade de pessoas esperando na recepção, o que a impede de falar e de ser ouvida.

Antes, uma coisa que me incomoda muito... geralmente o pessoal pergunta: e os filhos? E quando já passa um tempo do casamento que o pessoal já sabe que você tá tentando engravidar e não tem acontecido, então ninguém fala mais. E eu acho que deveria falar, sabe? E, às vezes, quando as pessoas falam e perguntam pelo filho, quando eu digo que estou fazendo tratamento para engravidar e tal, porque eu tenho problema, as pessoas já se chocam, tipo assim, cometi um deslize, não deveria tocar nesse assunto. Como se isso fosse um problema... e é... Mas, assim, tá muito bem administrado na cabeça da gente, na minha. E assim, sempre que eu falo disso é bom para mim porque eu estou dividindo. E eu queria conversar mais sobre isso, e é difícil conciliar isso. Então eu noto que as pessoas têm receio de falar disso, e me incomoda (DENISE).

Talvez o incômodo de Denise esteja relacionado com a questão de que o não dito, o não falado, não deixa de estar presente, trata-se de uma presença pela ausência. O silêncio e o constrangimento dos outros são falas que a afetam, são sinais justamente daquilo que não deveria ser dito, pois remete ao que a faz sofrer.

Bernadete, em sua fala, afirma e reitera inúmeras vezes a sua revolta com o fato de que, toda a intervenção médica se faz sobre a mulher, mesmo ela sendo fértil, como no caso de dificuldades com a fertilidade do parceiro. O sentimento inicial e que permanece é de revolta, por estar sendo invadida, em sua intimidade, em sua interioridade. Revolta também por estar sendo tratada como uma mulher que não pode ter filhos, pois ela, do ponto de vista biológico, pode gerar.

Começamos, assim, eu comecei o tratamento, porque literalmente o homem não toma nem água para fazer o tratamento. E sobra tudo para mim, porque eu sou normal, não tenho problema, eu tinha feito um pré-natal completo. E Dr. Z. disse: “É muito engraçada essa nossa história, porque você não tem nada, você tá normal”. Eu tava com 26 anos, 27 anos, melhor fase para ser mãe não tem, né? (...) eu lembro que os primeiros exames, ultra-sonografia a primeira, eu cheguei em casa com raiva, eu achei aquela coisa, assim, é... invasiva, entendeu? Muito íntima. Eu não tinha problema. Agora, eu não queria passar isso para ele, entendeu? Porque eu não queria que ele me visse chateada por uma coisa que eu não tinha nada a ver, de certa forma, né? Porque eu não tinha problema. Eu tava ali apenas para fazer. Mas me senti mal, no primeiro exame, eu me senti literalmente mal, eu cheguei em casa com raiva (BERNADETE).

Com um afeto vívido que salta aos olhos de quem a vê, com grande emoção, ainda que a sua experiência já datasse de cinco anos atrás, Bernadete nos conta sobre sua passagem, sua heróica experiência, que ela elaborou através do sentimento materno. Ela também nos traz a figura de seu próprio pai, do vínculo intenso e profundo que possui com ele e da grande dor em ter de romper com seu pai, por ele criticar o que ela estava fazendo para realizar o desejo de seu marido, colocando em risco sua vida, ao procurar engravidar por fertilização in vitro, o que resultou em uma gestação de trigêmeos. Ela rompe temporariamente o relacionamento com seu pai porque estava caminhado em seu projeto de dar filhos a ele, seu marido. Mas a ele quem? Ela também estava, por ela mesma, sendo como sua mãe e dando, nem mais nem menos, três filhas para o seu pai.

Isso eu acho que não existe, é difícil na vida dele acontecer uma coisa, e na minha também, encontrar uma coisa mais maravilhosa do que aconteceu. Transformou, transformou a vida da gente...[risos, lágrimas]. Meu Deus, como eu consegui chegar até aqui? Mas é gratificante, acho que não tem nada melhor não, se inventaram... [risos]. Ainda não deu para descobrir não, desconheço. É muito bom. (...) Meu pai, meu pai, ele... Somos três mulheres e quatro homens. Meu pai é... meu pai é assim, as filhas e a mulher dele são as coisas mais preciosas que tem. Então ele diz assim: “Antigamente eu achava que vocês três eram as coisas mais importantes da minha vida, eu descobri que não é mais não. Tem três, mas é as três que tu me desse. Não existe coisa mais importante na minha vida do que essas três”. Agora, eu briguei com meu pai por causa da minha gravidez, né? Meu pai soube que eu estava grávida. Ele disse: “isso é um absurdo você fazer um negócio desse, você corre sério risco de vida”. Então mandei papai embora porque ele não tava aceitando o que eu tinha feito. E também foi aquela fase, passou, claro, né? Hoje é o xodó da vida dele, é o amor que ele tem, sabe? (BERNADETE).

É dessa maneira, sendo como sua mãe e ao mesmo tempo superando-a, pela via do sacrifício, da dedicação, da atenção, do dom por excelência, que Bernadete nos apresenta uma história riquíssima, de fresco e vivo afeto, de uma riqueza de detalhes, como se tivesse acontecido ainda ontem. Um tempo vivido que está para além do tempo cronológico. E nesse momento de sua vida ela é capaz de fazer uma narrativa como uma tentativa de escrever e de afirmar sua própria história como sujeito, que é recente. Provavelmente, em um outro momento, sua narrativa mude e ela apresente uma nova elaboração. Por enquanto é esta que ela tem e com a qual nos presenteia.

Eliane também nos traz uma história de mulheres contemporâneas. Intimamente, ela sabia que havia “algo de errado” com ela e com seu marido, pois o tempo passava e a gravidez não acontecia, muito embora não se evitasse. Para ela, tradicionalmente, o “certo” é a mulher casada engravidar. Este, sem dúvida, é um axioma, um conceito central, de onde partem as concepções sobre infertilidade e que gera todas as intervenções.

Porém, como havia outras questões envolvidas como investimento no trabalho, nos estudos, a aquisição de um patrimônio do casal, eles iam adiando o enfrentamento a esse “algo de errado”, com um ou com outro. A gravidez, apesar de ser colocada como desejada desde sempre, ficou em segundo plano, e o fato de ela não vir fez com que os outros projetos fossem “perfeitos”. No entanto, quando a gravidez não vem para o casal que não a evita deliberadamente, intimamente, embora muitas vezes não se explicita, cada um ruma, à sua maneira, especulações sobre “de quem é a culpa”. Qual deles tem “um problema”?

Na verdade, assim, a gente pensa que é uma coisa meio que rápida, as pessoas pensam que é rápido. Você decide e vai fazer a fertilização e pronto. O processo que vem... Sempre tive desejo de ter filho e coisa e tal. Só que aí também, desde o início, como esse tempo todinho, quase oito anos de casada e nunca tinha engravidado, então eu sabia que tinha uma coisa errada. Mesmo que a gente diga: “tudo bem, no início do casamento é até bom que não venha filho”. Parece que o fato da possibilidade de ter, é, de não poder ter, parece que o desejo é maior, não sei. (...) “Não, eu só quero ter filhos quando estiver bem na profissão, ou quando eu conseguir, sei lá, comprar uma casa, um carro, alguma coisa assim”. E a gente foi de certa forma empurrando, apesar do desejo, mas protelando procurar e saber o que é que estava acontecendo. E aí a gente, assim, a gente botou os planos, a gravidez, para o último plano,

vamos dizer assim, em relação às outras coisas. Foi quando a gente viajou, a gente passou um tempo fora, ele foi fazer doutorado, eu fui estudar. E aí, assim, foi perfeito, porque se tivesse tido filho antes tinha sido mais complicado (ELIANE).

Entretanto, a evitação do fenômeno tem um limite, o que várias situações vividas concomitantemente acabam por catalisar, e eles decidem procurar e investigar sobre as suas condições de fecundidade. O sofrimento, a dúvida, a hesitação estão presentes na decisão sobre procurar assistência à procriação, para Eliane, ninguém chega bem a um consultório médico com esse propósito. Para ela, o fato de não estar podendo engravidar espontaneamente parece aumentar o desejo de filhos, o que aumenta também a angústia.

Além disso, Eliane também passa a vivenciar um processo de culpabilização própria e em direção ao outro, muito angustiante, mas também, ao mesmo tempo, mobilizador para se procurar enfrentar a questão. Muito embora o enfrentamento se apresentasse, porém, como aquilo que iria evidenciar de vez “o verdadeiro culpado”. A dificuldade e o medo avassalador do que iriam encontrar, ou seja, a impossibilidade da mulher de gerar e a impossibilidade do homem de fecundar a mulher, além da impossibilidade da criança, se tornam visíveis na dificuldade de Eliane em relatar os fatos ao especialista e no mutismo de seu marido, além do mutismo da especialista.

Aí foi quando ela [a médica ginecologista] pediu para ver meu marido, essa coisa todinha, fez uma comparação. Na época ela me chocou, e eu saí muito arrasada da consulta com ela, porque o exame dele, realmente, tinha dado uma quantidade de esperma muito baixa. E ela disse: “Olhe, do jeito que está, nem pra fertilização serve”. Eu achei que ela não teve o menor tato para dizer isso, e eu saí arrasada. “Não, agora a gente vai investigar o que está acontecendo, e seja o que Deus quiser”. Foi muito difícil, porque a gente fica muito aquela coisa, assim, que “a culpa é de quem, eu não estou engravidando, por quê? A culpa é minha, a culpa é sua”, fica muito... aquela coisa. (...) No primeiro mês, a gente indo praticamente toda semana, a voz não saía, né? Então, aquela ansiedade, então era, meu Deus, era uma dificuldade tão grande, quando mostrava até mudava o tom da voz, explicando. E o marido, ao mesmo tempo, muito sério, só escutando, sem se colocar muito. E ela [a especialista em fertilização] sem dizer muita coisa, no início, porque ela queria investigar, ela não queria dizer muita coisa. Eu sempre saía da consulta chorando, sempre, sempre, sempre. Saía e chegava em casa arrasada (ELIANE).

Diante do acompanhamento da experiência de sua amiga, já na terceira tentativa de FIV, Eliane, para se proteger tenta se preparar para o pior, preparar-se para a frustração. Só que o processo a surpreende com o aparecimento de questões que não se resumem ao êxito ou à falta dele. Questões “outras” se impõem no curso do processo e que ela nomeia como filosóficas ou religiosas, mas que dizem respeito, na verdade, à sua posição de sujeito diante da vida e do mundo.

Para entrar no processo, é preciso aceitar essas questões e estar convencida delas. No entanto, percebe-se que essa aceitação e convencimento são extremamente entremeados de dúvidas e de ambivalências. O que faz com que continuem é o desejo pelo resultado: o filho. Uma questão muito interessante aqui é a pontuação que Eliane faz, em relação à postura da especialista que, de fria, distante e monossilábica, passa a ser atenciosa, terna, carinhosa, “como uma mãe”, quando o casal, finalmente, decide ir adiante com a FIV.

Talvez esse fenômeno tenha relação com a aura de imprecisão que ronda os diagnósticos de infertilidade, a não ser em casos de causa médica muito gritante, e também com a dimensão de enigma que se faz presente em relação à fecundidade. A direção do tratamento, ou seja, a indicação de FIV, acaba por substituir a imprecisão do diagnóstico, o que aplaca, de certo modo, as ansiedades, o constrangimento e o mal-estar envolvidos.

5.3 Feminilidade e enigma.

O legado freudiano e suas várias construções, ao longo do tempo, vêm nos apontar uma série de questões e contradições no que concerne ao feminino. Para Freud (1924), o complexo de Édipo na menina extrapola a questão de assumir o lugar da mãe e adotar uma atitude feminina com o pai. Ele atinge o seu cume no desejo de receber um bebê do pai, dar um filho ao pai. Apesar de não se realizarem concretamente, os desejos de pênis e de um bebê do pai permanecem investidos e vão também compor a feminilidade.

Nas meninas, o complexo de Édipo apresenta um a mais, pois elas também têm, como primeiro objeto, a mãe. A questão maior que se coloca aqui é: como abandonar o primeiro objeto materno para se voltar ao pai? Freud (1925) nos alerta para o fato de que masculinidade e feminilidade são construções teóricas de conteúdo incerto, devido às suas orientações, tanto para com a mãe como para com o pai, em ambos os sexos, gerando muitas combinações, além dos fatores culturais.

Entre os mecanismos que podem fazer a mulher se afastar de seu objeto materno primordial, o que emerge como um motivo muito forte para abandonar a mãe é o ressentimento por esta não ter lhe dado um pênis apropriado, ou seja, trouxe-a ao mundo como mulher. E também o fato real de que a ligação com a mãe está fadada a perecer, por ter sido a primeira e mais intensa, e pela própria característica voraz da libido infantil, em virtude de uma sucessão de desapontamentos.

A intensa ligação da menina à mãe é muito ambivalente. A criança quer transformar a mãe em objeto e comportar-se com ela como um sujeito ativo. O brincar de boneca, como muitas vezes é considerado, não é manifestação inequívoca do instinto materno presente nas meninas. É sim, uma maneira de inverter as posições, de sair de uma posição de passividade para uma de atividade (FREUD, 1931).

A tradição freudiana coloca a feminilidade como enigma. O que constitui a masculinidade ou a feminilidade é uma característica desconhecida, que foge ao alcance da anatomia. No dizer de Freud, é inadequado fazer o comportamento masculino coincidir com atividade e o feminino com passividade, pois uma mãe é ativa com seu filho em todos os sentidos. A psicanálise não tenta descrever o que é a mulher, mas se empenha em indagar como a mulher se forma, como a mulher se desenvolve. Para Freud, a mais perfeita relação e livre de ambivalências é a relação mãe-filho e o desenvolvimento em direção à feminilidade é algo exaustivo para as mulheres. Finalmente, recomenda aos que querem saber mais sobre as mulheres que interroguem a própria experiência, consultem os poetas ou aguardem pela ciência (FREUD, 1933).

Birman (2001) faz uma análise muito significativa sobre as noções de feminino e feminilidade que construímos na tradição da modernidade, em parte muito influenciada pelas condições de possibilidade do discurso freudiano sobre a feminilidade, mas também pela questão do biopoder e biohistória, enunciados por Foucault. Tais noções comportam problemas teóricos e éticos, pois estão imbricados com uma teia de relações, jogos de linguagem e formas de vida no ocidente moderno e contemporâneo.

O discurso freudiano sobre a mulher traz consigo muitas contradições e ambigüidades, pois, ao mesmo tempo é um discurso que deu voz e vez às mulheres, mas também colocou a feminilidade em comparação e em subtração à masculinidade. Produz uma imagem de mulher fundamental para a civilização, através da figura da mãe, mas também uma mulher anticivilizatória, marcada pelo desejo e pelo erotismo. Coloca a mulher como atravessada pela inveja do pênis, mas também como um corpo-falo inteiro, capaz de submeter os homens pela sedução.

Dessa maneira, mesmo escutando uma outra dimensão para a qual apontava a fala feminina, sobreposta ao discurso da mulher histórica do século XIX e início do século XX, Freud, em muitos momentos não pôde se descolar do paradigma de sua época, que colocava para a mulher apenas dois destinos sociais possíveis, e adequados, os de esposa e mãe.

Se o discurso científico na modernidade não pôde considerar o lugar e a condição da mulher, a literatura, ao contrário, nos presenteou com inúmeras criações. Como em “Casa de Bonecas”, na qual Ibsen (2004) nos emociona e nos inquieta ao apresentar uma mulher casada, Nora, que, em virtude de uma situação angustiante e adversa, subitamente percebe o significado de sua vida até então e passa a tomar uma outra direção, ainda incerta e assustadora, porém assustadoramente livre, ao decidir abandonar o marido e, com ele, o seu próprio destino social.

Quero dizer que das mãos de papai passei para as suas. Você arranjou tudo a seu gosto, que eu partilhava, ou fingia partilhar, não sei ao certo (...) Você e papai cometeram grande crime contra mim. Se eu de nada sirvo, a culpa é de vocês (...) A nossa casa nunca passou de um quarto de brinquedos. Fui sua boneca-esposa, como fora boneca-filha na casa

de meu pai. E os nossos filhos, por sua vez, têm sido as minhas bonecas (...) Devo tentar educar a mim mesma... é algo que eu devo empreender sozinha. E para isso eu vou deixá-lo (IBSEN, 2004: pp. 96-97).

Não devemos, no entanto, cair no engodo de fazer coincidir totalmente a condição feminina com o lugar de vítima oprimida pela condição masculina. A mulher, assim como o homem, sempre ocupou seus lugares de uma forma complexa, ao mesmo tempo, de sofrimento e gozo, perdas e ganhos, avanços e retrocessos, dúvidas, incertezas, mascaradas.

Para Aulagnier (1990), a feminidade é, antes de mais nada, uma invenção dos homens. Seria o desejo do homem que quer a mulher ornamentada com emblemas de mistério. A procriação, como uma verdade sobre a feminidade, aparentemente intocável pelo fato biológico, oscila, pois é fundamentalmente procriação segundo o desejo, ao qual a procriação do corpo só se acrescenta.

Segundo a autora, os homens têm feito da separação entre o amor e o desejo o símbolo de sua virilidade, para obscurecer sua tortuosa relação com a castração, revelada em suas relações com sua mãe. A condição de amar uma mulher para poder desejá-la é uma ameaça à sua posição fálica, ao poder fálico, aquele possuído por quem está no lugar de quem pode escolher, como a mãe para o seu filho. Ameaça, pois a mulher chegaria perto do lugar ameaçador de sua mãe, ou seja, daquela que quando ausente faz desmoronar o poder fálico do homem.

Já a mulher afirma a necessidade do amor e nega a possibilidade de desejo puro, "o amor é o álibi do seu desejo". A mulher coloca um véu sobre a verdade do seu desejo. Assim, o véu é um mecanismo que se torna emblema da feminidade, pois desempenha uma função de proteção diante de um primeiro olhar (materno) que a desvelou despossuída do que acreditava ter.

Assim, para a menina, o momento de descoberta da sua castração e também de sua mãe é o momento profícuo aonde vai se colocar o seu futuro de mulher, pois seu amor era endereçado a uma mãe fálica e não a uma mãe castrada. É aqui que tem origem a feminidade, esta nada mais é que o nome dado a algo que não pode ser nomeado, porque está ausente. Devemos compreender, aqui, a ausência não apenas no sentido valorativo de negatividade que pode ter a

chamada “imperfeição”, mas sim, no sentido de lugar vazio e, por isto, propício à criação (e à angústia). A feminidade só pode ser reconhecida por outro, a mãe, o pai, o homem. Tal feminidade é também o que a mulher inveja em sua mãe e nas outras mulheres.

O termo paixão não designa um sujeito ou objeto determinado, mas o vínculo que os une, aquilo que não pode faltar sem provocar uma carência absoluta. Uma via pela qual as mulheres podem se perverter é o seu afã de se tornar o objeto da paixão de alguém, ser a única a poder ser desejada, tornar-se uma exigência vital para o desejo do outro. Talvez devêssemos lembrar, aqui, da questão da maternidade e da possibilidade de se estabelecer um vínculo perverso entre mãe e filho. O propósito da mulher na perversão é garantir ao outro que nada faltará a ele se ela estiver presente e que, ao contrário, tudo faltará se ela estiver ausente (AULAGNIER, 1990).

Se nem tudo são flores no discurso posto pela tradição psicanalítica da feminilidade (BIRMAN, 2001), em um texto já tardio de Freud, “análise terminável e interminável”, aparece a noção, colocada pela feminilidade, do limite e do intransponível. Nesta, temos o originário do psiquismo, anterior à subjetividade fundada no falo, ou seja, a feminilidade, presente no masculino e feminino. A feminilidade vai se constituir como anterior à ordem do falo, uma ausência, um faltante, que provoca a organização da subjetividade, como caos e desordem, continente negro, imperfeição na origem da subjetividade, imperfeição humana, finitude e mortalidade.

O mundo desencantado da modernidade coloca o feminino na origem, anterior à pretensão humana narcísica de perfeição, sustentada por emblemas fálicos, e fundamentalmente tendo como característica a perda da marca da onipotência e da arrogância. Coloca a condição humana como potencialidade de afetação (pathos), como intensidades, errâncias, falta de critérios seguros, angústia, pois somos tumultuados por acontecimentos. Coloca-nos como potências do devir.

A feminilidade se encontra na dúvida, na encruzilhada, no inóspito, assim como na continuidade de ser, no sereno, no devir, no vir-a-ser. Encontra-se

naquilo que a arte consegue exprimir, com ou sem palavras, e também no indizível do sentir. Encontra-se, também, na literatura produzida por homens e mulheres de seus tempos, como pelo pensamento de Clarissa Dalloway, personagem de Virginia Woolf (1980).

Via o que lhe faltava. Não era beleza; não era inteligência. Era essa coisa central, que se comunica; alguma coisa de cáldo que quebra a superfície e encrespa o frio contato de homens e mulheres, ou de mulheres entre si. Pois isto ela obscuramente o compreendia (WOOLF, 1980: p. 34).

Ou como nesta deliciosa passagem: “(...) era essencialmente feminina; com esse extraordinário dom, peculiar às mulheres, de fazer-se num mundo próprio, onde quer que se encontrasse” (p. 75).

Na fala de nossas mulheres encontramos um caldeirão de tradições. Nela, a maternidade pode se traduzir em uma oportunidade de ser como as outras, de ser visível através de alguma coisa. Muitas vezes, o desespero por ser mãe existe para combater tal angústia. No entanto, o que homogeneiza a mulher é justamente a sua irredutibilidade. Há mais possibilidades de falar sobre o feminino, no viés cultural, do que sobre a feminilidade propriamente. Daí, o motor desse estudo, e ao mesmo tempo a dificuldade de se tentar falar sobre aquilo que não se pode generalizar.

Diante do enigma a respeito do feminino e do caminho “mais fácil” de sua tradução na fecundidade e maternidade, a busca pela resposta diagnóstica e pela terapêutica, por parte de uma autoridade, no caso da infertilidade, traz um sofrimento vivido na carne, de modo que não haja lugar para interrogações. O corpo feminino, sede das incógnitas, passa a ser vivido em seus mínimos detalhes, em seus pedacinhos funcionais ou disfuncionais.

Cada parte, por menor que seja, representa um papel na cena reprodutiva e ganha um *status* maior do que simples órgãos ou células, passando a conferir identificações, produzir sentimentos. A mulher passa a se ocupar e ter de dar conta deles, assim como se responsabilizar e se culpabilizar, ou ainda se vitimizar, em decorrência do mau funcionamento ou não funcionamento de engrenagens que deveriam funcionar, para o bem do resto da máquina.

Nesse intervalo de tempo, quando eu comecei a tratar com essa outra médica, ela descobriu que eu tinha endometriose e tinha um novo endometrioma, que seria tipo um mioma no ovário. Aí o ovário foi mexido novamente e a gente estava com medo de perder um ovário e ficar só com o outro. E quando ela abriu o outro ovário também tinha cisto ..., que era um pedacinho de osso que tinha no outro ovário. Então, quer dizer, os dois ovários foram mexidos. Um, duas vezes; e o outro, uma vez.(...) É bastante doloroso, porque é uma injeção pela manhã, uma à noite e tem de tirar sangue dia sim, dia não. Quando não tira sangue, faz o ultra-som. Então num dia tira sangue, no outro faz o ultra-som endovaginal. E às vezes tem de tirar sangue duas vezes, fora as duas injeções que a gente toma no bumbum e a outra na barriga, e os comprimidos que se toma também. Então, quer dizer, para a mulher é muito sofrimento (RENATA).

Os ovários de Renata ganham um reforço em seu papel nesta cena, pois são investidos de tal modo que nos chama a atenção para uma leitura que relaciona os ovários à feminilidade da mulher. Se a própria feminilidade se vê, pelo menos nesse momento, confundida com a maternidade, esta se mede pelo ovário, pela sua produção, o que a mulher “consegue produzir”, em termos de óvulos. Vemos também uma feminilidade dividida e, ao mesmo tempo, compartilhada, pois conta com o auxílio da médica. Mulher e médica, juntas, tentando alcançar uma produção comum, o que para Renata, é, pelo menos temporariamente, a medida de seu ser mulher.

Então eu comecei a fazer esse tratamento. Na primeira coleta só consegui dois óvulos muito fracos e não conseguiram ser fecundados. (...) Mas, na verdade, depois a gente viu que não era, que a minha resposta era essa. Na primeira ela tentou tirar dois óvulos, tirou, mas na hora de fecundar eles não eram bem saudáveis, aí foram destruídos, não consegui fecundar, então, não foi feita a transferência. Na segunda vez, ela conseguiu três óvulos, um era fraco e dois eram saudáveis, ela fez a transferência dos dois embriões. No segundo alguma coisa me dizia que não vai dar certo esse ainda, porque ela só conseguiu dois óvulos. Então, se colocam poucos óvulos a chance de implantação é menor, é maior quando bota mais óvulos, né? Porque quando se bota pouquinho é como se fosse um corpo estranho e o organismo rejeita mesmo. Quando você bota mais, é como se ele aceitasse melhor (RENATA).

Renata coloca em seus ovários suas únicas e últimas esperanças de engravidar. Daí, sua enorme angústia nessa corrida contra o tempo que não é pela sua idade, nem pelo seu casamento, mas por seus ovários, já bastante “mexidos” e que funcionam precariamente, em vista do que seria deles esperado.

Os óvulos de Renata assumem uma importância muito maior do que os espermatozoides do marido poderiam assumir.

É angustiante, porque você vai vendo a idade passando. A minha angústia maior não era assim porque eu não vou poder. Eu tenho de correr contra o tempo, entendeu? Se eu soubesse que daqui com 40 anos eu vou poder estar fazendo esse tratamento, eu não tinha estresse nenhum. Quanto mais novo você é, mais fácil de se conseguir. Então, quer dizer, eu nova desse jeito, você tem uma grande possibilidade de dar certo, eu nova desse jeito e não consegui já em duas tentativas, aí eu comecei a me angustiar. A própria médica disse: você tem de correr contra o tempo. Você já tem dois ovários que já foram mexidos, quer dizer, eles já não estão mais eficientes como seriam se não tivessem sido mexidos. Então, quer dizer, é uma corrida contra o tempo mesmo. Em relação ao meu marido, não, ele tem o problema dele, não vai mudar. Mas eu não posso perder os meus dois ovários. Então a angústia é essa (RENATA).

Assim, Renata mede sua expectativa pelo desempenho de seus ovários. Ela também se protege de um sofrimento maior, agindo dessa maneira. Fracionando suas expectativas como pessoa e como mulher nas características de seus óvulos, ela, de antemão, já vislumbra o sucesso ou o insucesso do procedimento. Para ela, o mesmo não acontece com seu marido, que se vê pressionado por inteiro, e que deposita suas esperanças muito mais no momento da transferência do embrião e da confirmação da gravidez.

Para mim, a expectativa é muito maior na hora da retirada dos óvulos do que na transferência em si. Já o meu marido não, ele fica mais com o resultado da transferência. Eu não, porque eu sei que se tiver dois eu já não fico tão, eu digo não, acho que não dá certo, na minha cabeça já é assim, se for dois. Agora, se ela conseguir mais, pode ser que a minha expectativa para a transferência seja maior, mas a minha expectativa maior é quando ela está tirando, naquela hora. Tanto é que a gente tira e você é sedada na hora que ela vai tirar os óvulos e a sedação termina logo quando ela termina de retirar os óvulos. Aí você fica num quarto separado, o casal fica, e quando ela vai colher é a hora que você está acordando e tal, e a gente fica esperando saber da embriologista quantos óvulos saudáveis foram conseguidos ali. Então você ainda fica ali, por volta de uma hora a uma hora e meia, que é a maior expectativa para mim. Para ele também, mas acho que ele tem muito mais expectativa na transferência, porque se ela me dissesse que conseguiu quatro, para mim é a glória, para ele também deve ser. Agora se conseguiu dois, ele ainda bota muita fé, eu não boto, entendeu? A minha expectativa não é tão grande no resultado (RENATA).

O sentimento de inferioridade diante de outras mulheres, que conseguem uma “produção” mais numerosa de óvulos é enorme. Se antes ela se sentia igual a todas as outras, é na visibilidade sempre reduzida de partes de seu corpo que Renata se vê diferente, e também inferiorizada. Menos mulher, porque não consegue gerar, o que é acompanhado da vivência de uma sexualidade, que também a define como mulher, como sendo infrutífera para alcançar uma gravidez.

A fala de Denise, no aspecto da infertilidade e dos sentimentos que provoca, traduzidos pela inibição, faz-nos pensar em uma possibilidade de culpabilização, um certo sentimento de culpa pela ausência de gravidez, por uma infertilidade persistente. Ela, além de buscar um diagnóstico, também busca, em si mesma, as supostas “falhas” que a levam a não engravidar.

É com uma tal situação, diagnóstico, tratamento e pausa no tratamento, além de terapia de casal, que Denise vai se obrigar a confrontar sua feminilidade, antes engrandecida e cultivada pela realização acadêmica e profissional, que vem junto ao casamento, agora já não mais suficiente, pois falta a gravidez, falta o filho para completar, pelo menos por ora, a série de realizações.

Questionada a respeito do que para ela significa a maternidade e os filhos, ela responde muito brevemente, através de uma conjugação tradicional de vários verbos já conhecidos no universo moderno do feminino e do materno: dividir, abdicar, renunciar, educar, mas, ao mesmo tempo, algo que deve ser muito bom. Ter filhos, para ela, completaria a profissão e a vida que já tem, traria a plenitude, paradoxalmente, momentânea.

Ah! Ser mãe é assim... é dividir, é abdicar de muita coisa, é renunciar a muita coisa, é educar junto com ele, educar os dois...mas deve ser muito bom. (...) Eu tenho minha profissão, tenho minha vida, tudo. Mas eu acho que o filho era a plenitude, era tudo o que eu queria agora (DENISE).

Para Denise, em sua fala após o término da entrevista, o diagnóstico de endometriose e a indicação do tratamento específico afirmam a sua identidade de pessoa agitada, “ligada”, que não pára, que está sempre correndo. O diagnóstico

anterior de infertilidade por ansiedade e a indicação de técnicas de relaxamento trazem estranheza, algo que nada tem a ver com ela.

A maternidade, para uma outra participante, Beatriz, situa-se nesse momento de sua vida como a realização máxima, os filhos como presentes para ela (o casal) que mereceu. O melhor da vida para ela agora é experimentar uma sensação de aconchego, abrigo, refúgio, uma sensação familiar. É o desejo de família que, para eles, só fazia sentido com os filhos.

É a coisa mais maravilhosa do mundo. Eu olho para esses meninos, eu ainda olho sem acreditar. Ainda hoje, os dois, né? Porque foram dois presentes, né? São dois presentes. A coisa melhor na vida da gente é chegar em casa com esses dois. A coisa mais importante da vida da gente. Se eu pudesse... primeiro, se eu tivesse estabilidade financeira, passasse em um concurso, alguma coisa assim... mas...(BEATRIZ)

A maternidade é um fator de identidade muito marcante para a mulher. Imaginariamente, é uma situação ideal, uma espécie de realização afetiva que supera os outros sentimentos e relacionamentos experimentados na vida. Para Simone, mãe e filho é um relacionamento muito forte, que o homem não tem condições de saber o que é, só a mulher, só que não toda mulher, a mulher que é mãe.

Simone engravidou na segunda tentativa do tratamento de ovulação assistida, associada a relações sexuais programadas. Engravidou de trigêmeos e passou por três abortos sucessivos, até o quarto mês de gravidez. Ser mãe para ela é um amor diferente, do que envolve um casal, é um amor enorme que já se tem desde que se sabe da gravidez - tirando o impacto inicial do receio ao estranho e à quantidade de estranhos. A felicidade de ter os filhos dentro dela é o que ela quer de volta, a sensação de apaixonamento. Simone gostaria de ter todas as sensações, de estar grávida, de gestar, ela quer viver o milagre, ser parte dele. A pressão dos outros e dela mesma é grande, para que ela tente de todas as maneiras ter os próprios filhos.

É impressionante o amor que você tem pelo, assim, desde o momento que você sabe que está grávida. É impressionante. Eu passei quatro meses com os meus nenéns, e eu já era assim, apaixonadíssima. Eu digo, "ah, eu queria tanto meus dois de volta, até os meus três de volta, não tinha problema". Eu hoje eu sei que eu não ia ficar nessa... porque

realmente você, é impressionante essa relação de mãe com filho, é muito forte. Eu acho que homem nunca vai entender essa relação da gente, não é?... eu até sinto falta, ainda, tanta falta daqueles quatro meses que eu tava tão feliz, que eu tinha eles dentro de mim. Ah, é muito bom, muito bom. (...) Primeiro é bom você tentar de todas as maneiras ver se você consegue engravidar. Eu gostaria de ter todas as sensações. Porque estar grávida, eu acho assim, é um milagre, assim, é uma coisa tão boa, né? (SIMONE)

Simone afirma sua crença e esperança de engravidar novamente e ter o filho tão desejado. O desejo de filhos, em sua fala, aponta-nos a questão de que confere identidade feminina, confere uma diferenciação de que se necessita para “ser”. Ela coloca a necessidade do psicólogo junto à mulher para que ela possa entender e aceitar o fato de não poder gerar, assim como para dar suporte para que ela continue tentando e aceitando o que vier, ou ainda para aceitar que engravidou e perdeu, no caso do aborto. Tudo é muito novo para ela, não apenas a tecnologia, mas o fato de uma mulher não conseguir gerar simplesmente quando deseja.

No entanto, ela se coloca na posição de que a vida dela não se resume a isso, de que não está presa na teia de uma obsessão, e de que tem a vida dela e o trabalho pela frente. Talvez essa posição tenha falado mais alto em sua experiência, pois afinal, na história de Simone, a situação tomou um outro rumo e a criança desejada terminou chegando espontaneamente, sem maiores dificuldades. Mas também, todo esse processo de questionamento e de reflexão resta em suspenso em nome do ser mãe. Ser mãe enquanto a completude desejada, o estado superior, o preenchimento das faltas e das falhas.

A maternidade pode ser uma maneira de se encontrar com a feminilidade, e também uma maneira de se encontrar com o modelo da pessoa que a possui, a própria mãe. Na maternidade efetiva, a mulher reencontra sua posição de filha, mas também reencontra a maneira como sua mãe foi mãe, e como ela administrou os seus desejos para além dos filhos (trabalho, estudo, prazer, criações), ou como não os administrou. Tal reencontro é costurado inelutavelmente através de uma teia de recusas e de identificações (CHATEL, 1995).

A necessidade de maternidade, para muitas mulheres, mais que desejo, pode remeter ao que a autora chama “o gozo da mãe”, o afã de estar preenchida, de ser atravessada por um excesso que transborda, que garante a completude. Um gozo que não diz respeito à figura da mãe ou da filha que ali estão, mas da Mãe absoluta, mítica, fálica. Uma relação arcaica que demanda e possibilita uma exclusividade recíproca, um prolongamento e complementaridade impossíveis, uma dualidade que se basta e que é devastadora, pois é também marcada pela hostilidade e pela proximidade com a morte, a morte do sujeito.

Na fala de Eliane, ela se indaga a respeito da condição da mulher na reprodução assistida através do questionamento sobre a condição do marido. Para ela, é um fator de grande preocupação e intensas interrogações. Ela se esforça para imaginar como ele se sente, pois disso ele não fala muito, a respeito da posição na qual “a mulher deixa de ser mulher”, ou seja, a mulher erotizada, amante, sai de cena para a entrada da mulher-mãe, não somente no imaginário e nos temores de perda do casal, mas como condição para a viabilidade do tratamento. Proibição de relação sexual, mais de três meses sem relação sexual, só com cuidados para não perder o bebê. O desejo da mulher pelo homem e vice-versa vem carregado de culpabilidade. “E se acontecer algo para o bebê”.

Se Eliane sofre, imaginando como se sente o marido, podemos imaginar que para ela também não é fácil abrir mão do erotismo e de investimentos profissionais e acadêmicos. Para tudo, em foco apenas a mãe e seus bebês. Para Eliane, tudo isso reflete a questão atual da mulher, o feminino na contemporaneidade, querer fazer tudo e de tudo dar conta, não estar mais de fora, trabalhar, estudar, “ser mulher”, tudo isso somado a um processo “diferente” de gravidez.

Nesse período, assim, aí vinha uma preocupação, vinha a questão do marido também, né? Eu fico às vezes perguntando a ele, ele não fala muito não, a gente tem que estar adivinhando como ele se sente, porque aí vem, a mulher agora deixou de ser mulher, né? Ainda vai, a gente é proibido realmente de ter relação sexual nesse período, então é três meses, mais de três meses sem ter relação, sem nenhum tipo de contato, e o maior cuidado. E tem todos aqueles achaques de gravidez, né? Enjôo, os hormônios afetando o humor e essas coisas todinhas. Aí eu ficava tentando imaginar como é que ele tava se sentindo nesse período, assim, porque ele fica diferente, ele deixa de falar as coisas e se preocupando. Já é assim numa gravidez normal, imagine uma gravidez

que tem todas essas preocupações. E eu, por outro lado, vivendo essa felicidade e essa angústia, tudo junto. E nas outras questões interfere, vida profissional, porque realmente abdicando do emprego e de uma série de coisas, deixar de fazer. Mestrado, tava indo tudo bem, já parei. Que a gente, assim, acho que é a questão atual da mulher, né? Você querer fazer tudo, trabalhar, estudar, ser mãe, ser mulher. Aí some a tudo isso um processo diferente de gravidez, é bem complicado (ELIANE).

A mulher, sob o ponto de vista de Eliane, novamente é penalizada, pois o processo envolve muitas coisas que não se resumem ao dinheiro ou a medicação, os fatores sempre apontados comumente como o “pior” da questão. A mulher se “auto-engravidou”, e essa “autogeração” envolve toda uma carga de responsabilidade, de solidão, de medo, além de poder e de posição diferenciada que se ocupa.

Aí a gente é uma coisa que eu tava dizendo a você no começo, quando eu me choquei que eu achava que ele ia fazer a cirurgia e tal, era porque somente ia cair muita coisa sobre mim nesse processo. Novamente, mais uma vez, a mulher de certa forma é penalizada por isso, né? Não é nem querendo culpá-lo de nada, mas a gente, no final das contas, se a gente for pensar assim novamente, eu acho que a gente se auto-engravidou... (ELIANE).

As tecnologias reprodutivas, de certa forma, dissociam o erotismo da procriação. Não é a mulher, nem o homem, mas o corpo-fêmea que é responsável pela procriação. “Erotismo e fecundidade são coisas delicadas, silenciosamente ligadas, feitas de desejos eróticos infantis (e adultos), de reminiscências poéticas, de ligações de palavras sutis” (CHATEL, 1995: p. 56-57). Entregues totalmente à linguagem técnica eles se apagam e se perdem em encontros “secos” previamente codificados.

Em relação ao envolvimento das pessoas, no grupo de fertilização, e na vida diária, até “no salão de beleza”, Eliane observa que a gravidez é o único momento em que uma mulher é solidária com a outra, em virtude da identificação, do passaporte para uma categoria de mulheres, diferenciada pela gravidez e pela maternidade.

Mas é muito interessante assim. Eu tava dizendo, se eu fosse uma escritora, escrevesse bem, eu faria uma crônica, porque é muito engraçado. Eu acho que é o único momento em que a mulher é solidária com a outra, é quando a mulher está grávida (ELIANE).

Percebemos, presentes aqui, questões de gênero que envolvem a tão comentada rivalidade feminina, o que remete também às posições infantis de rivalidade entre mãe e filha. Para tais problemas, o único remédio viável é a gravidez, nela as mulheres tentam encontrar a tão disputada e invejada feminilidade.

5.4 Gênero feminino.

Colocar em foco a questão do gênero implica, antes de mais nada, uma pluralidade de idéias que possam sair dos argumentos naturalistas, biológicos e evolutivos, disfarçados na categoria do cultural e da tradição, pois esta não se faz congelar, mas denota um processo histórico de idas e vindas e de construções e desconstruções. Tais argumentos não legitimam apenas a diferença sexual, mas, sobretudo, a desigualdade, seja ela social, política, econômica, jurídica entre homens e mulheres. Gênero, seja masculino ou feminino, sempre se legitima nas relações de poder e por elas (LOURO, 2003).

O conceito de gênero é instável, é histórico, é político, recente para a humanidade, pois foi sendo elaborado a partir dos movimentos feministas, desde o final do século XIX e começo do século XX, muito embora a idéia de gênero sempre estivesse presente na humanidade, como nos indicam os estudos antropológicos que investigam o fenômeno das posições sociais dos sujeitos nas comunidades arcaicas, a partir da diferença sexual.

As questões de gênero se distinguem das questões sexuais, ou seja, gênero é diferente de sexo, pois o que está em foco não são as características de cada sexo, do ponto de vista da diferença biológica ou psicológica, como a esquizofrenia da modernidade nos fez incorporar como conceitos insuperáveis, mas sim, a sua valorização social, aquilo que se pensa e se diz sobre elas, ou seja, o que vai ser construído como pertencente ao feminino e ao masculino, em uma época, em uma cultura, em um *ethos*. O gênero, assim, privilegia para seu estudo o que socialmente é construído a respeito dos sexos e a partir dos sexos. São as várias possibilidades que podem assumir o que chamamos masculinidades

e feminilidades na cultura, e as redes de poder que tecem posturas, lugares e hierarquias (LOURO, 2003).

O gênero também é um elemento formador de identidades, estas são compreendidas como formas de se assumir no mundo pelos sujeitos que são sempre plurais, que não são fixas e que podem até ser contraditórias no mesmo sujeito.

A sexualidade, muitas vezes confundida com o gênero, além de seus suportes anatômicos, de sua visibilidade, ou de seus suportes invisíveis, biofisiológicos (hormônios, impulsos) se delineia através do imaginário, da fantasia, das falas e também é uma invenção social, pois se constitui nos sujeitos a partir de discursos sobre o sexo, que também variam conforme as épocas e lugares. As formas como os sujeitos vivenciam sua sexualidade, igualmente, remete a questões de gênero, pois assim eles se identificam como masculinos e femininos, freqüentemente em oposições binárias, compreendidas como auto-excludentes.

A diferença de gênero, freqüentemente apoiada em diferenças biológicas, vem servindo para explicar as distinções entre homens e mulheres, sejam elas físicas e orgânicas, psicológicas ou de personalidades e comportamentos - desejados e indesejados - e para justificar as posições familiares e sociais, os talentos e aptidões, e os destinos de vida possíveis para cada um e próprios de cada um (LOURO, 2003).

A associação histórica entre feminino e maternidade que vem se renovando, seja através de suportes sociais opressores, como o patriarcalismo, suportes biológicos e naturalistas, suportes culturais, está totalmente implicada nas questões de gênero, sendo determinada pela cultura e, ao mesmo tempo, determinando condições de ser no mundo para os sujeitos, pois atualmente a capacidade de gerar e de procriar se reduziu a um dos últimos diferenciais entre feminino e masculino.

A associação, por sua vez, entre procriação e tecnologia pode subverter essa ordem, pois cria inúmeras questões que decorrem da separação entre sexualidade e reprodução, novos espaços de exercício de poder, de superação,

mas também de subjugação. Ou também pode reforçar essa ordem de coisas, uma vez que enfatiza, insistentemente, a viabilização da maternidade para as mulheres, cria-se um espaço de tentativas intermináveis de alcançá-las, e coloca a não-maternidade como impensável e indesejável.

O poder nunca se exerce em um só vetor, mas sempre numa rede de interesses e possibilidades. Ao mesmo tempo em que podemos pensar no feminino como instrumento para viabilizar a afirmação e a supremacia mercadológica da técnica, ou seja, o feminino como objeto de uso e gozo pelo outro, como subjugado. Também podemos pensar nas novas possibilidades de poder exercidas pelo feminino, em sua maior amplitude de escolha e autonomia, por uma supremacia fálica, em seu poder de criação de novas formas de parentalidade e de filiação, em sua palavra que ora reforça, ora relativiza e põe em questão o poder médico.

Falar em feminino não significa, de modo algum, falar em unanimidade. O feminino abarca um grande mar de compartilhamento de vivências e experiências, mas também um oceano de possibilidades de singularidades, de subjetividades, de raças, de classes e sexos. Se “a mulher não existe”, como referencial único, existem sim, as mulheres, existências artesanais, tecidas e retecidas, transmitidas e construídas.

Uma idéia polêmica, mas instigante nos é posta por Barbosa (2003) e concerne à questão das novas tecnologias conceptivas, contribuindo para produzir (e reproduzir) classes distintas de mulheres. Segundo a autora, o modo como as mulheres são afetadas com os acontecimentos que remetem à sexualidade e à procriação se relaciona com o universo sociocultural de cada classe de mulheres. Já vimos que infertilidades por causas médicas ligadas a infecções decorrentes de doenças sexualmente transmissíveis; e outras, decorrentes do parto e da assistência ao parto, e de abortos são predominantes em uma classe de mulheres menos privilegiada, ou simplesmente não privilegiada.

Mulheres que fizeram laqueadura e que por isso estão inférteis, buscam mais os serviços públicos de reprodução assistida. Já no serviço privado, a maior frequência de mulheres se dá entre as que adiam o projeto maternidade em

virtude de outros projetos pessoais. Aliado a isso também temos a importância e os sentidos atribuídos à gravidez e à mulher com filhos, que se faz presente de diferentes maneiras, em diferentes contextos. Não raramente, a maternidade em contextos de baixa renda é colocada em termos de condição feminina, de destino social e como configuração de *status* adulto e de uma possibilidade de libertação de uma situação familiar indesejável.

Muitos centros de reprodução dispõem de um programa de doação compartilhada de óvulos frescos, no qual mulheres “doadoras”, geralmente de classes menos favorecidas, e mais jovens, têm o seu tratamento de fertilização custeado por mulheres “receptoras”, geralmente pertencentes a outro grupo de mulheres, mais velhas e com condições de custear os dois tratamentos. Outro grande empecilho nos serviços públicos de fertilização para mulheres de classes populares é proporcionar uma gravidez que, freqüentemente, é múltipla, pelas condições do processo, para casais e famílias que não podem arcar com mais de uma criança.

Talvez não seja exagero tocar, aqui, em um ponto igualmente polêmico e de caráter espinhoso, em matéria de maternidade e classes distintas de mulheres. As sociedades urbanas, principalmente nos países em desenvolvimento ou sub-desenvolvidos, carregam consigo uma disparidade imensa de oportunidades para ocupar lugares sociais e contrastes gritantes. O grande contingente de mulheres (freqüentemente pobres e negras), que, na falta de melhores condições de educação formal e de mercado de trabalho, disponibilizam a si próprias como empregadas domésticas e babás das mulheres pertencentes a outros estratos sociais é patente em nossa sociedade, nacional e regional.

Inúmeras razões estão ligadas a esse fato, desde a nossa pungente herança escravagista, a toda uma deficiência de uma rede escolar e de creches públicas, a carga horária do mercado de trabalho - que não contempla dignamente a situação de mulheres e homens que têm filhos - assim como o papel cultural da paternidade e sua tradição muito mais provedora da prole do que dela cuidadora, deixando essa última atividade mais a encargo e “obrigação” das mulheres (e de suas domésticas).

Freqüentemente relacionamentos nascidos para não dar certo, patroas e empregadas, mães e babás convivem em um contexto de má remuneração, horários integrais, dia e noite, e folgas discutíveis. Além disso, com a desagradável e incômoda situação em que, repetindo as históricas “amas de leite”, as mulheres de baixa renda se separam de seus próprios filhos, deixam-nos aos cuidados de familiares, vizinhos, ou mesmo crianças, irmãos, para bem cuidar (e muitas vezes mal cuidar), em tempo integral, dos filhos das outras mulheres.

Se a maternidade nas classes médias e altas, na maioria das vezes, é impensável sem a presença das babás e enfermeiras, mesmo na gravidez singular, o que dirá a gravidez múltipla, tão freqüente nos processos de fertilização assistida. A autonomia e independência da mulher moderna urbana estão diretamente atreladas à submissão de uma classe social de mulheres à outra.

5.5 Mulheres e biopoder.

O processo de medicalização no Ocidente, iniciado no final do século XVIII provocou transformações na subjetividade e no erotismo. Produziu as noções de Biopoder e biohistória, apontadas por Foucault em seu trabalho desconstrutivo do projeto epistemológico moderno (BIRMAN, 2001). O pólo feminino do poder, representado pela governabilidade do espaço privado e família, configurou-se no campo do biopoder. No século XIX, a riqueza das nações dependeria da qualidade de sua população, ou seja, do capital humano, tutelada pelo Estado. Boas condições de vida e de saúde, expansão da medicina moderna, medicalização do social, higiene dos corpos e espíritos.

A família governada pela mulher se coloca como o espaço fundamental para a medicalização e para o biopoder. Crianças saudáveis, acompanhadas para evitar desvios, tudo contribui para uma biopolítica. Nesta, o imperativo de controle da reprodução da espécie. Desenvolvimento da medicina feminina e da medicina infantil, corpo medicalizado de mulheres e crianças. A função da sexualidade seria a reprodução, outras funções seriam desvio. O erotismo da mulher era o desvio de sua sexualidade legítima e reprodutora, com isto, houve a polarização do corpo

feminino em desejo e maternidade, uma tradição do cristianismo. Mulher como dissolução dos laços, desordem; e mãe como coesão dos laços e ordem social.

A sexologia do século XIX transformou os dogmas da moral cristã em um discurso supostamente científico. A mulher desejante e não mãe era tida como perigosa e necessitava ser cuidada e corrigida medicamentosamente. Curiosamente, lemos hoje, na fala de nossas mulheres, que os medicamentos para a reprodução diminuem a libido feminina.

Da exaltação do milagre no corpo feminino, passou-se a procurar ativamente as falhas no aparelho biológico da mulher, suporte da maternidade, assunto da ciência e do Estado. O biopoder supõe que a natureza biológica não é algo inelutável e determinado desde sempre, mas flexível e moldado pelos imperativos do sujeito e da história. A natureza passa a ser vista como sujeita aos desígnios humanos, interesses históricos e sociais, não é mais perfeita, mas sim marcada pela imperfeição, condição de possibilidade para a intervenção.

A biohistória coloca os seres humanos marcados pela ordem do tempo, origem, desenvolvimento, morte e desaparecimento, é um desdobramento necessário do biopoder. Assim, foram construídas figurações do feminino, com a maternidade de um lado e, de outro, a recusa da maternidade, marcadas pela figura, entre outras, da prostituta e da histérica. O discurso médico abarcou e medicalizou todas elas. Se a prostituta e ninfomaníaca apontavam um desvio da maternidade pelo ato, a histeria apontava um desvio da identificação absoluta com a maternidade pelo imaginário, a mulher nervosa. A histérica, infanticida, prostituta e ninfomaníaca eram as quatro mulheres perigosas do século XIX, oposição do sujeito ao modelo da maternidade como paradigma da mulher, e afirmação do erotismo (BIRMAN, 2001).

A idéia construída historicamente de que as mulheres querem ser mães, desejam mais os filhos do que os homens, afirmou-se mais ainda, a partir do século XVIII, com o desencontro entre sexualidade e procriação. A ciência sexual, e suas descobertas a respeito do encontro entre óvulo e espermatozóide, tirou a ênfase do encontro sexual, do erotismo e do prazer envolvidos na procriação (GÓMEZ, 2002).

O encontro entre células reprodutivas fala sobre reprodução, o encontro de desejos fala sobre procriação. A idéia forjada, antes do século XVIII, de que o prazer era necessário para que ocorresse a fecundação, foi enormemente prejudicada pela certeza da fertilização a partir do espermatozóide que vence barreiras infinitas e atinge o óvulo, tornando-o impermeável a qualquer outro. A fantástica cena da reprodução biológica ofuscou o brilho e o mistério do encontro promovido pelo desejo entre os parceiros no erotismo. A cena da penetração do espermatozóide no óvulo, hoje, assombra muito mais do que a relação sexual, já banalizada.

A procriação não é doença, mas é colocada nas mãos da medicina. A relação da medicina com a procriação vem sendo historicamente construída, e no século XX contribuiu imensamente para uma enorme diminuição da mortalidade materna e infantil, em virtude de complicações no parto, afastando do cenário outras personalidades historicamente envolvidas no processo, como as parteiras, principalmente nos contextos urbanos. Hoje, a função reprodutora da mulher é colocada nas mãos da medicina, acima de tudo, e, ao lado dela, também a contracepção (CHATEL, 1995).

A contracepção e os movimentos de libertação e de afirmação da mulher colocaram à sua disposição um certo controle sobre o querer ou não querer filhos. A viabilidade da procriação passou a ser um assunto feminino. Se é da mulher a decisão do momento de engravidar, também é dela a culpa por engravidar fora do momento. No entanto, a autora nos indica um paradoxo que a realidade francesa pôde desvelar: quando a contracepção já estava em pleno uso e amplamente difundida e acessível à população, a lei autorizando o aborto na França foi votada.

Com isso, ela nos diz que a rede medicamentosa da contracepção tem muitos furos e não dá conta do controle sobre a fecundidade, pois esta não se resume a querer ou não querer filhos de maneira absolutamente voluntária e consciente, como querem nos fazer crer. Também acontecem eventos onde as mulheres demandam abortos de crianças desejadas e aceitam de maneira gratificante a vinda de crianças concebidas “acidentalmente”, fora do momento desejado.

A questão disciplinar, na modernidade, é uma chave para entendermos os mecanismos de controle social de um Estado forte e autoritário. Na contemporaneidade, a questão do controle permanece, mas dividida entre o Estado e o mercado, tendo como produto a sociedade administrada, fruto dos dois. A maternidade é um assunto que interessa ao mercado, mães e recém-nascidos são uma fatia a conquistar.

Um exemplo disso nos é trazido através de uma reportagem a respeito de hospitais (no Brasil) que oferecem serviços de maternidade semelhantes a hotéis de luxo. Entre os serviços oferecidos estão: consultor de moda para o figurino da mãe e do bebê, pulseirinhas de recém-nascido com código de barras, manicure e cabeleireiro, hidromassagem, decoração personalizada com direito a escolher a cor do ambiente. A maternidade e o nascimento ganham o *status* de superprodução e se incorporam ao espetáculo (SALOMONE, 2004).

5.6 Desejo de filhos, filhos do desejo.

O processo de medicalização contribui para configurar a coexistência humana no planeta desde a modernidade, ou seja, desde o momento em que o homem passou a promover uma intervenção maciça sobre o meio, com o intuito de conhecer para transformar, para sobrepor a autonomia humana sobre o que se denominou de imperativos da natureza. O fenômeno da medicalização tem também transformado a delicada e complexa questão do desejo de filhos. Existências medicalizadas têm construído a categoria de ausência de filhos como desvio, não apenas do ponto de vista cultural, mas também como patologia médica, o que favorece todo um engendramento de uma terapêutica que vem em seu socorro. Não podemos nos esquecer dessas questões, quando levantamos a questão do desenvolvimento e da sofisticação da pesquisa biomédica neste campo (CORRÊA, 2001).

O desejo de filhos vem sendo apropriado como categoria pela medicina, apesar de existir toda uma tradição psicanalítica na qual foram criados outros sentidos para o desejo. Na acepção da primeira categoria, o desejo se confunde com vontade e com demanda. A criança desejada nessa concepção de desejo, ou

seja, o filho que se quer ter, passa a ser também necessária para o casal, para a família, constituindo uma demanda considerada legítima, e que a medicina acolhe sem pestanejar. A medicina sobrepõe o conceito de fertilidade sobre o de fecundidade, o conceito de reprodução sobre o de procriação, e sobrepõe a realização da vontade de filhos sobre o desejo.

Beatriz já desejava ser mãe, mesmo antes de desejar ter um filho com o homem que escolheu. Inclusive, já considerava também alguma possibilidade de não poder gerar e, nesse caso, pensava em adotar. Porém, depois de casada e seguindo um projeto de vida que privilegia, num primeiro momento, os estudos, o trabalho, a estabilidade financeira do casal, adiou por quatro anos a maternidade. Quando o casal decidiu que era o momento de ter filhos, a gravidez não veio durante um ano de tentativas. Ela, então, se antecipa ao saber médico que pontuava um tempo de espera de dois anos, para começar a considerar a infertilidade no casal. Ela solicita uma intervenção médica para investigar as prováveis causas da não gravidez, apesar de o casal ter relações sexuais sem fazer uso de meios contraceptivos.

O resultado dos exames realizados, principalmente levando em consideração o espermograma de seu marido, aponta uma provável causa médica da infertilidade: produção muito baixa de espermatozóides vivos no sêmen e, além disso, sem mobilidade considerada ideal para a fecundação. Beatriz em nenhum momento responsabiliza o marido por sua frustração. Ao contrário, faz dessa situação uma razão para uma maior união do casal, facilitada pelo fato de que o seu marido, mesmo com um enorme pesar, aproximou-se mais dela, não impôs segredo nem silêncio. Tudo era compartilhado entre eles, a família e as pessoas significativas para a vida de ambos.

Antes de casar, eu já desejava ter filhos. Tanto que eu sempre pensei que se eu não tivesse eu iria adotar. Aí, quando a gente tinha uns quatro anos de casado, a gente resolveu liberar, e a gente passou um ano liberado e o médico ainda achava que era cedo para a gente se preocupar, mas eu pedi; "Faça alguns exames básicos". Ele disse: "Não, só depois de dois anos é que a gente considera o casal infértil". Eu disse: "Não, mas pra gente ficar tranquilo". Quando ele passou, no espermograma já deu que meu marido tinha oligospermia severa, uma quantidade superbaixa. Então... 4% são vivos, mas não têm a mobilidade ideal. (...) Agora, eu tive uma facilidade grande que foi meu marido

aceitar e, inclusive, de conversar com todo mundo, sempre conversou e nunca teve esse problema. Porque, quando a pessoa... o marido, às vezes, não aceita nem fazer exame, né? Mas ele teve muita, muita... eu acho que isso aí, as dificuldades que ele passou uniu mais a gente. Acho que quando a pessoa não aceita, separa o casal, né? Então teve esse outro fator a favor da gente (BEATRIZ).

Uma tradição psicanalítica e psicológica acolhe as dimensões de ambigüidade, de equivocidade, de força pulsional, de contraste e de conflito, de simultaneidade de forças antagônicas, de criação e construção estética, de pluralidade e de singularidade, quando remete às noções de desejo, fecundidade e procriação. Tais dimensões, sem dúvida, também compõem a cena das infertilidades. No entanto, a forma de apropriação que o saber médico realiza sobre esse campo, ajuda a compor o mito de que a infertilidade é estritamente uma falha biológica e que para tudo tem remédio, via intervenção e medicalização.

A versão “psi” do desejo de filhos considera que existem diversos desejos e fantasias envolvidos, a fantasia do homem e da mulher e de suas famílias, o desejo do filho e sua acolhida no útero e, depois, ao nascer, quando se acolhe a criança como sujeito. A fecundidade humana, sem dúvida, é um assunto fisiobiológico, mas também engloba o desejo, o encontro, um amplo espectro de fantasias, imagens, símbolos, afetos.

Renata, como a maioria das mulheres, nunca contou com a possibilidade de não poder engravidar quando desejasse. Ela, ao contrário de muitas mulheres que evitam a gravidez após o casamento para engendrar outros projetos, queria a gravidez desde o início, assim como o seu marido. Muito jovem, não se preocupava com o fator idade, sendo essa preocupação maior nele. A expectativa é que o normal da mulher seria a gravidez. Se esta não é evitada e não vem, então, algo não está normal e o problema deve ser encontrado. E o que vem imediatamente é uma resposta em termos de doença da mulher, do homem ou do casal, a infertilidade ou a hipofertilidade. Nomenclaturas com um sentido bastante amplo, não se restringindo apenas à produção de óvulos ou sêmen, mas também à capacidade de gerar, vista como um todo.

Foi assim: a gente casou e eu nunca tive precaução de não querer engravidar. Então, a gente casou e eu nunca tomei providência nenhuma

de não tomar anticoncepcional para não engravidar. E passaram-se dois anos e a gente sem evitar e eu não engravidava. Então, foi quando a gente começou a perguntar o porquê que não vinha uma gravidez e a gente descobriu que eu tinha problema de fertilidade e ele também. Então, foi quando a gente resolveu se tratar para poder ver se engravidava. (...) E, na verdade, a gente não tinha tanta expectativa, porque a gente pensava que ia engravidar, porque tinha um pequeno problema, e, com essa indução, iria. Aí, não foi da primeira, da segunda, na terceira tive problema e aí deixamos de lado (RENATA).

Outros fatores ligados ao desejo por um filho, além das causas médicas, nesse momento, não são vislumbrados. A exemplo, no caso de Renata, ter um filho seria a única condição para a continuação de sua família. A questão da finitude ganha relevo, pois ela se considera, assim como seu marido, como os únicos que poderiam viabilizar a tradição geracional familiar, uma vez que seu único irmão não deseja casar ou ter filhos, e o único irmão de seu marido também não deseja ter filhos. A descendência está nas mãos deles e isso ganha vulto no fator infertilidade. Além disso, outras questões psicológicas, como a angústia e a expectativa, têm uma importância muito grande na manutenção e no agravamento da situação vivida por Renata.

A maternidade, sem dúvida, é uma maneira de tornar visível a feminilidade, uma maneira de dar presença àquilo que se denominou enquanto ausência. E, para além disso, é uma forma da mulher ocupar um lugar de quem detém uma certa supremacia fálica, o lugar de quem pode escolher. No entanto, até hoje, a maternidade se fazia alcançar justamente pelo endereçamento a um outro - o homem - da questão fundamental das mulheres: o que sou, o que desejo. Hoje, com o desenvolvimento da medicina da reprodução, parece-nos que isso se apresenta com uma nova configuração.

O outro agora é a técnica, na relação homem e máquina, homem e coisa. A mulher pede à tecnologia que a identifique como mulher, que possibilite o reconhecimento de sua feminilidade, tanto perante os outros como perante si mesma. Em contrapartida, a tecnologia também pode conferir à mulher uma certa independência em relação à maternidade. Ela agora pode escolher o quando, o como e o com quem, não necessariamente via relação homem e mulher, muito embora a programação muitas vezes esbarre nos “acidentes” muito freqüentes quando se trata do acontecimento de engravidar.

Essa face da maternidade, de complemento, de plenitude, porém, sempre esteve encoberta pela questão do sentimento materno, um sentimento que é protótipo de uma perfeição que os homens se comprazem em idolatrar. Para Dolto (1993), o sentimento materno é transmitido inconscientemente, e tem sua origem na infância, através dos relacionamentos com as mulheres das linhagens materna e paterna, transmissão esta que se faz conforme a identificação ou a recusa à identificação, pela criança, com essas mulheres. Para a menina, sobreviver na infância e ser cuidada e assistida por uma mulher adulta, faz com que ela se sinta valor para essa mãe, uma faz parte do desejo da outra. Tal fato abre caminho para uma possibilidade de identificação com a posição social da mãe.

Em sua fala, Bernadete curiosamente afirma que, na verdade, nunca quis ser mãe, pois já havia cuidado o bastante de crianças, de seus irmãos. Com isso, podemos compreender, talvez, a possibilidade de enunciação de uma queixa à sua mãe, por não ter proporcionado a ela o lugar de filha, mas sim de irmã mais velha, que tinha de ajudar a criar os irmãos. O que ela não queria, a princípio, e que a maternidade também implica, era o fato de ter de se responsabilizar e cuidar (abrindo mão de sua vida e de outros interesses) de muitas crianças, por não ter tido tempo nem espaço para ser ela mesma, filha de sua mãe.

Foi assim. Eu, na realidade, eu não tinha nem vontade de ser mãe. Pelo fato que eu sou a filha mais velha, somos sete irmãos, e eu era... sempre fui incumbida de... ser a mais velha, tem de dar exemplo, tem de cuidar. Então quando eu ia embora da minha casa, eu já ia embora... eu não agüentava mais menino na minha frente [risos]. Eu cuidava dos meus irmãos, na realidade, estudava e cuidava dos meus irmãos (BERNADETE).

O desejo de filhos vem a partir do desejo de dar um filho a seu marido (mais de um, porque um ele já tinha do primeiro casamento), o qual, na verdade, apresentava dificuldades na questão da fertilidade, o que o fazia sentir-se diminuído. Ter um filho só não era suficiente, só uma grande família, e com a mulher que ele desejava, colocava-o numa posição de masculinidade e de paternidade almejadas.

Para afirmar a si mesma como uma mulher capaz de dar um filho a seu parceiro, dentro do mesmo modelo de mulher que lhe fora transmitido pela

experiência de sua própria mãe, e também impulsionada por um estímulo por parte do especialista, ela, apesar de todas as dificuldades financeiras, começou o tratamento de fertilização *in vitro*.

Só que, com a convivência, ele é uma pessoa que eu adoro. Ele via na televisão os meninos, você via o rosto dele transformado...tá entendendo? E isso fez com que eu tivesse a vontade de ser mãe. Não pelo desejo que eu tinha de ser mãe, mas para ver ele ter um filho. Para vê-lo, assim, ser pai... entendeu? Só que existia um problema, ele fez a cirurgia. Então como não dava certo e ele ficava muito ansioso, eu sugeri a ele procurar Dr. Z. (...) Só que, na época, há cinco anos atrás, levamos um susto, em termos de preço, de remédio, em quantidade de exames, de tudo. Então ele voltou para casa arrasado. Passou mais ou menos seis meses e a irmã do médico que trabalha com ele ligou para mim... “E aí, cadê o sonho de ser mãe? Engavetou?” Expliquei para ela: “Não, é porque está difícil, depois a gente conversa”. E chamou para conversar, eu fui lá. Dr. Z. colocou em porcentagem quanto seria nossas possibilidades. Fizemos tudo, em termos de comprar remédio, começamos o tratamento (BERNADETE).

Bernadete, apesar de enunciar uma recusa de identificação com sua própria mãe, acaba encontrando o mesmo caminho para se afirmar como sujeito e como mulher: a maternidade. Além disso, busca uma superação de sua herança materna também pelo mesmo viés, talvez por não ter tido oportunidade de ter sido apenas filha. A oportunidade de ser reconhecida e de ser singular vem pela chance de ser aquela que vai dar um filho ao outro, que vai proporcionar ao outro a experiência de ser pai. É assim que, doravante, ela será reconhecida, é assim que afirmará uma identidade e que, com muitas idas e vindas, irá se sustentar persistentemente.

O desejo por um filho pode tornar a aparecer (ou não), na mulher, quando da idade adulta, precedido pelo desejo de alguém que a afeta emocional e sexualmente. O sentimento materno adulto, de uma mulher madura, aparece justamente no contexto do desejo dela, do desejo do homem e/ou do desejo de um filho, desejado por ambos, e que testemunha o envolvimento deles. Desejar um filho desse homem é cuidar dessa criança como um novo sujeito e desejar para ela um destino independente. No entanto, podem existir as armadilhas da maternidade de fato, como o desinteresse conjugal e a identificação com o bebê como o falo consolador (DOLTO, 1993).

Cada ser humano que nasce, diz a autora, é proveniente de uma “trindade de desejos”. O desejo manifestado pelo bebê em direção à sua mãe, que o nutre, segura e protege, deve ser marcado pela lei do desejo, do homem adulto, dele pela mulher e desta por ele. E também pela lei da fecundidade que se renova e que aponta para os irmãos. O sentimento materno adulto é construído, no mínimo, por três discursos. O sentimento materno traz vida para a criança e a edifica quando existe na mãe, junto com sentimentos conjugais e interesses sociais e culturais.

O desejo de filhos vem tomando forma, através do desenvolvimento das tecnologias reprodutivas, da discussão jurídica e do fórum de debates na área da Bioética, de um direito positivo à procriação (CORRÊA, 2003). Considerar o desejo de filhos como base do direito à procriação tem uma implicação atual que colocou a reivindicação por uma assistência à procriação, via novas tecnologias reprodutivas, em uma posição privilegiada, em detrimento de uma reivindicação pelo direito à saúde reprodutiva em geral, e na omissão, no caso brasileiro, de uma discussão efetiva sobre a questão do aborto. Esse tipo de privilégio também deixa em segundo plano a inclusão da criança gerada, da mulher e do homem, sobre os quais são realizadas as intervenções, na discussão sobre os direitos e escolhas individuais.

O desejo de filhos também enfatiza e se coloca como sinônimo do desejo de *ter* filhos, e da posse, à custa do obscurecimento do desejo de ser mãe e ser pai. A questão do *ter*, em razão da cultura atual do consumo e da aquisição, a qualquer preço, dos sonhos que não podem ser frustrados nem adiados, coloca em pauta uma reificação da criança e a confusão de demandas por direitos procriativos, da maneira como vêm sendo engendradas, com demandas por objetos. Impossível não lembrar a lição de Leboyer (1989), em seu clássico “Nascer Sorrindo”, em que assinala a sua insatisfação com o grito emocionado dos pais no momento do parto, quando exclamam: “tu és o meu filho”, quando poderiam dizer “olha para mim, eu sou tua mãe, e eu sou teu pai”.

A discussão atual sobre o desejo de filhos e sua associação por demanda de assistência à procriação não pode cair no engodo de posições extremistas e

reducionistas, que ora colocam as novas tecnologias reprodutivas como herdeiras do patriarcalismo e da opressão sobre a mulher; ora colocam a questão em termos de números e taxas e estatísticas de sucesso, enfatizando um seleto grupo de consumidoras satisfeitas como as beneficiárias por excelência das técnicas.

Tais posicionamentos não alcançam o dilema e o sofrimento vivido por mulheres e por casais diante de suas infertilidades, e não contemplam a experiência da maternidade e paternidade efetivas. Também não dão conta do que é vivenciado pelas mulheres e pelos casais durante os processos de procriação assistida, como eles passam por tudo isso e o que fica, e o que sobra na experiência, pois colocam a ênfase no resultado final, “o fim justifica os meios”. E, por fim, também deixa de lado a amarga questão da enorme faixa da população que fica de fora da discussão, simplesmente porque não tem acesso às novas tecnologias, em virtude de seu alto custo, o que as torna interdidas em outras realidades sociais.

A associação entre o desejo de filhos e o direito positivo à procriação irrestrita remete, ainda, a uma outra questão, igualmente legítima, porém incômoda e escamoteada socialmente, posto que ainda é estigmatizada: a do desejo de “não” ter filhos. A infertilidade e a necessidade de terapêutica contra ela só toma vulto num contexto em que se privilegia a família através da prole, o casal legítimo com filhos, o filho desejado e necessário para uma vida plena de sentido. “Não querer ter filhos anula a possibilidade de um estado de hipofertilidade ou de infertilidade vir a ser ou não medicamente confirmado” (CORRÊA, 2003: p. 36).

Em sua pesquisa com mulheres sem filhos, Mansur (2003) nos assinala que encontrou entre suas participantes um espectro de subjetividades. Num extremo das mulheres participantes, sem filhos, estão as que manifestavam o desejo pela maternidade e tentaram de todas as formas vencer a infecundidade, sem conseguir. Não querer filhos é diferente de querer e não conseguir tê-los. Os termos para designar tal condição, como estéril ou infértil remetem a significados pejorativos, além de significados de categorias medicamente patológicas, como de algo vazio e seco, que degrada o valor pessoal e social.

No outro extremo, estão as que desde sempre enunciaram o desejo da não-maternidade, afirmando o desejo profissional em único e primeiro lugar. E no enorme espaço intermediário, estão as mulheres transicionais, que nada definiram em relação à maternidade, que foram vivendo, trabalhando e se relacionando, esperando o momento ideal, o companheiro ideal que não veio, ou veio e não desejava filhos, ou mulheres que nada esperaram, simplesmente viveram.

São mulheres que “foram não tendo filhos” e isso nos remete à questão da escolha, como algo “não todo”, não totalmente autônoma, livre, voluntária, consciente. O que chamamos de escolhas de vida não caracteriza uma escolha, mas um conjunto de escolhas que vão forjando caminhos, direções, sentidos. Afirmações e negações no decorrer da vida, eventos circunstanciais, contingências, oportunidades e falta delas (MANSUR, 2003).

A mulher que não quer filhos ou que, mesmo querendo, desiludiu-se ou rejeitou as novas técnicas reprodutivas, ou decidiu viver com sua infertilidade ou com sua fertilidade não fecunda (no sentido de filhos), mas fecundamente criativa, ativa, trabalhadora; ou a mulher que procurou o filho adotivo, não biológico, não se enquadra nem faz da demanda à assistência reprodutiva algo legítimo e necessário.

A condição da não-procriação, dessa maneira, cria-se como um espelho e precisa ser incluída nas discussões e ser reconhecida tanto social e culturalmente, assim como, também, ser legitimada e respeitada.

5.7 O caminho para a maternidade: gestação e parto.

Tornar-se mãe, para muitas mulheres, é ainda uma maneira de ser incluída por si e pelos outros no mundo, no espaço e tempo femininos. Em nossas vidas, acostumamo-nos a ouvir muitos relatos de tantas mulheres sobre suas gravidezes e partos, que elas contam e recontam entre si e para as outras mulheres, ainda não mães, não poupando os detalhes, numa tentativa de garantir que são mulheres, pois atravessaram um caminho árduo para tal. Não podemos nos poupar, diante de tais narrativas emocionadas, de lembrar a semelhança com um

rito iniciático, um rito de passagem. Para muitas mulheres, ter filhos é ter feminilidade. Um grande equívoco compartilhado, pois ter feminilidade é, antes de tudo, ter-se a si mesma.

A experiência da maternidade, desde o começo, se autoriza a ser uma experiência de desrazão temporária, o que faz aflorar na mulher sentimentos e sensações diversas, de cunho poderoso e triunfal, de estado de graça e enlevo quase indizíveis, mas também de temor e de intensa angústia. A gravidez é um estado constante de ambivalências afetivas.

Diante da possibilidade de serem mães, muitas mulheres se sentem diante de uma travessia insegura, precariamente construída, que pode desabar ao final e impedir para sempre a volta ao estado anterior. Não raro escutamos “filhos são para toda vida, quem é mãe, sempre o será”. A gravidez e o nascimento do bebê trazem sentimentos ambíguos de estar às portas de “shangri-la”, e, ao mesmo tempo, de queda livre. Tudo isso em virtude, inclusive, do excesso de responsabilidade (pela vida do outro), sentido pela mulher, de pânico, de poder, e de sensações agradáveis e, ao mesmo tempo, não tão agradáveis de que nunca mais poderá estar sozinha, respondendo apenas por si mesma.

A gravidez, no dizer de Winnicott (2000), especialmente em seu final e nas primeiras semanas de nascimento do bebê, se configura como um período muito delicado e especial no qual a mulher se prepara para um estado diferente, nunca antes experimentado, vivido como quase que uma doença. Neste período ocorre o desenvolvimento de uma sensibilidade desmesurada, que tornará possível a sua identificação sem precedentes com o seu bebê, de tal maneira a deixar os seus outros interesses e investimentos, ao menos temporariamente. Paradoxalmente a mulher precisa ser saudável o suficiente para sair deste estado, auxiliada pelo pai e pela função paterna, quando liberada pelo bebê.

Tornar-se mãe é também reencontrar a vivência própria enquanto filha de sua mãe. É tornar o vazio, caracterizado pela angústia e pelo desconhecimento, familiar, é procurar estabelecer um vínculo permanente com a alteridade, o estranho que é o bebê. Este estrangeiro, ao mesmo tempo que solicita à mãe que fale em nome dele, que interprete os seus movimentos e sons primeiros, já fala

em nome próprio e, de invasor, passa a ocupar um lugar e um espaço para a mulher, através de uma série de remanejamentos, mesmo quando declarado desejado. Ou seja, o bebê passa a tomar corpo, forma e subjetividade na barriga, na vida e na imaginação da mãe. O desejo por um filho e a gestação é um estado muito “fértil” para a produção imaginária da mulher e para uma visita às suas posições infantis (ARAGÃO, 2002).

A maternidade, na fala das mulheres, é colocada como uma etapa necessária para a vida da mulher. Em relação à maternagem, no sentido de cuidar dos filhos, ela aparece depois da maternidade em termos de geração. Passar pela gestação e pelo parto são etapas necessárias para alcançar a tão sonhada maternidade, para muitas mulheres. É necessário viver no corpo a gestação, ser capaz de gerar e carregar um filho até o nascimento, com vida; é necessário ser capaz de “sustentar” uma criança no próprio ventre.

No entanto, as mulheres que engravidam através da fertilização assistida se deparam, desde o início, com muitas questões, durante a gravidez e o parto, que as afetam sobremaneira. Podemos sentir isso na fala das nossas participantes.

Depois da transferência de quatro embriões para o útero de Bernadete, ela foi avisada de que um dos quatro, provavelmente, não teria condições de se implantar. Ela passou então a contar com o fato de que, se fosse confirmada a gravidez, nas próximas duas semanas, ela estaria esperando os trigêmeos restantes e estava convencida disso. Talvez essa fosse a prova de que ela era uma mulher “normal”, ou seja, de que ela era capaz de gerar, apesar de estar fazendo um tratamento e vivenciando uma possibilidade de gravidez totalmente fora do comum.

Eu sei que foram retirados cinco óvulos, vingaram quatro e foram colocados quatro. Aí colocamos quatro. Desses quatro, a bióloga me deu uma foto escaneada e disse que, dos quatro, um era muito pequenininho e que provavelmente ia ser absorvido pelo organismo. Ficou a possibilidade dos três. Quando ele perguntou, “amor, o que você acha? Vai ser um, vai ser dois?” Eu disse, “olha vamos fazer o seguinte, no dia do resultado do exame, se der positivo, vão ser três”. Porque eu analisava pela seguinte fórmula: se você não tem problemas, se você é saudável, eu entro num negócio desse, o que acontece? Se der positivo o resultado do exame, dificilmente... entendeu? Eu disse: “Não vai ser um, vai ser os três” (BERNADETE).

O tratamento de fertilização *in vitro* mobiliza angústias primitivas e gera uma ansiedade enorme em todas as suas etapas. A espera pela confirmação da gravidez é vivida pelas mulheres como uma eternidade, são duas semanas muito difíceis para o casal, um tempo onde se intensificam todas as questões em relação à infertilidade, ao desejo de filhos, às identidades masculina e feminina, e onde essas questões são vividas de maneira muito ambivalente. Além disso, a prescrição de repouso até o dia do exame que confirmará ou não a gravidez e, no caso de Bernadete, a imposição desse segredo aguçou ainda mais os sentimentos vivenciados.

Exatamente no dia que marcou para fazer o exame eu não estava trabalhando, porque fica de repouso total, né? Aí eu fui fazer o exame. (...) Fui para casa, fiquei a manhã todinha em casa. Eu disse: “Eu não vou ficar em casa mais não, vou-me embora trabalhar”. Fui embora sem autorização de Z. [médico], que nem podia. (...) Se der positivo, eu não vou conseguir nem... eu nem sei o que é que eu vou fazer, eu me imaginava, mas eu não tenho condições físicas de ir lá não, nem emocionais, nem físicas de ver esse exame. Eu não tenho condições, não. Se der negativo, se não der... eu não vou não, vou trabalhar. A única fuga era o trabalho. Eu não podia ir para casa de amigo, que ele sabia. Eu tenho de ir para o trabalho que tem um monte de gente, porque se ele chegar lá dizendo que deu negativo, eu tenho que me agüentar lá, nem chorar eu podia. Se fosse positivo... E ninguém sabia, ninguém mesmo, fora eu e ele (BERNADETE).

O resultado positivo do exame não se apresenta apenas como um dado, a confirmação da gravidez não possibilita apenas o início da realização do desejo de filhos. Um tal resultado mobiliza afetos, confere identidades, aponta lugares que poderão ser ocupados na família e no meio social onde se vive, enfim, a confirmação da gravidez, depois de um procedimento de fertilização, é uma verdadeira explosão de sentimentos há muito inibidos, retidos. Ao mesmo tempo, também confere uma sensação de estranhamento pela gravidez.

Porém, não é só euforia, é também medo, angústia. Medo de perder o que foi tão difícil de conseguir, medo de não ser capaz de sustentar uma gravidez, que para a mulher é a continuação do medo de não ser fértil. Angústia que remete às posições infantis de cada um, pelo reencontro com o vazio, agora sob a forma de um bebê que se carrega dentro da barriga, por não mais poder voltar ao estado anterior, de se estar só, por ter de dar conta de uma outra vida.

É muito estranho porque para uma pessoa que não tinha vontade de ser mãe, ficar grávida de uma forma completamente diferente, fora do normal, né? E que você... eu não tinha... eu não tinha contado para uma pessoa que tinha feito um tratamento assim. Aí você não conhece histórias, experiências de pessoas que viveram, como é que foi, né? (...) Eu só achava que ia ser três... Era interessante porque eu só achava que ia ser três.(...) Aí isso dava um medo, era uma coisa absurda o medo que eu tinha. (...) Era o lado de não conseguir cuidar, de não conseguir dar assistência, entendeu? (BERNADETE)

Em uma outra história, a de Beatriz, a gestação tão esperada para ela e seu marido finalmente chegou e de uma maneira supervalorizada em todos os seus sinais. O medo de perder o que dificilmente se conseguiu, à custa inclusive de um sério risco à integridade materna, invadiu o casal. O marido vai ocupar o lugar de tutor da gravidez, uma vez que não foi responsável diretamente por ela. Para ele, também era a oportunidade de ter o filho tão desejado e superar os seus limites. Uma gestação estressada, que não dá para ficar apenas satisfeito, preocupado e ansioso. O medo não permitia a Beatriz realizar suas atividades rotineiras, o repouso se impunha, inclusive pelo casal.

Um outro aspecto se revela aqui muito interessante. Apesar de todas as supostas garantias que a técnica pode oferecer, havia lugar para as fantasias de Beatriz, fruto também da ambivalência afetiva, silenciosa, que acompanha todo o processo. O medo da troca de bebês se atualiza aqui na versão contemporânea e tecnológica, através da imaginação de uma situação de troca de embriões antes da transferência para o útero.

Uma pergunta muitas vezes paira nesses procedimentos de fertilização artificial: “quem garante que são os meus (óvulos, embriões...)?” Ela se tortura toda a gravidez imaginando que o filho que esperava de seu marido, depois de tantos caminhos tortuosos e da necessidade de interveniência de tantos outros terceiros, não era o filho deles, mas sim de outro casal e, ainda por cima, de outra etnia, um não semelhante. Tanta busca pela semelhança, pela continuidade no filho biológico e uma tal sombra se coloca para ela.

Também podemos imaginar a dificuldade de se relacionar com o filho imaginado, de plantar o vínculo com a criança ainda em seu útero, de começar a conhecê-la e de se dar a conhecer para ela. Tudo isso vai ter de ficar adiado para

o parto, quando poderia ter a certeza de que o filho era realmente seu. Durante nove meses, um estranho em potencial.

Mas é aquela gravidez estressada, sabe? Com medo até de se mexer. (...) A gestação foi assim: meu marido não queria nem que eu andasse. Agora, assim, vez por outra tinha um sangramento, era aquele horror. Aí ia para o ultra-som. Foi bem estressada a gravidez, bem estressada, bem estressante. E eu ainda sonhava que, no dia que eu fiz... que implantou... transferiu os embriões, no mesmo dia um casal que ele era japonês. Pois eu sonhei a gravidez todinha que meu filho ia nascer japonês. Eles trocaram! [risos] Pronto, trocaram! Aí na hora do parto eu fazia: Ai, meu Deus, se nascer japonês agora não dá mais não! Eu sonhava direto, ficava com medo, porque foi na mesma hora. Eu entrei numa sala de cirurgia, ela na outra. E a gente ficou justamente nos quartos na mesma hora, nos quartos da clínica. Aí eu falava: “C. [marido], trocaram, trocaram! Mas, graças a Deus não trocaram não [risos]. Aí na hora do parto eu fazia: “Vai ser japonês, C.!” O homem deve pensar o quê? Que essa mulher andou com quem? [risos] Com um japonês? Mas é muito desgastante (BEATRIZ).

Apesar de todas essas questões, Beatriz considera que o pior de todo o processo é o estado emocional que se fica quando se faz a tentativa, mas não se consegue o resultado. E ela vivenciou tal situação várias vezes.

A gestação múltipla, caso freqüente em muitas mulheres que buscam reprodução assistida, intensifica todos os elementos envolvidos numa gestação comum. A gestação múltipla, por um lado, confere um *status* de supermulher e super-homem, antes inferiorizados pela infertilidade; e, por outro, traz um medo de morrer mesmo, que não tem tamanho, e também pela dimensão da responsabilidade de se carregar tantas vidas e de cuidar de outros seres.

À gestação múltipla, uma outra participante, Bernadete, vai responder com uma excelência materna, que é o que vai caracterizar a sua maternidade. Uma excelência em cuidado, em atenção, em medo, em controle. Em relação aos termos que designam o embrião, Bernadete parece questionar a linguagem coisificante adotada pela técnica e pelos especialistas.

A partir daquele momento que ele disse que poderia acontecer, eu voltei para casa, (...) eu pegava na barriga e dizia: “Olhe, você não vai sair daí não, você vai continuar aí, porque você vai ser forte, você vai ser isso, você vai ser aquilo, eu quero você, porque eu já te amo”. (...) Era um sentimento de perda que eu até comparava sabe, comparo agora, porque na época eu não podia contar a muita gente, que ainda era meio segredo, eu dizia: “Quando eu perdi minha mãe eu achava que era o pior

sentimento do mundo”. Mas o sentimento que eu sentia quando Dr. Z. disse que aquilo poderia ser absorvido pelo meu organismo, este é um palavreado, né? Pra mim era um bebê ali. Era muito grande, era uma coisa assim absurda e que doía (BERNADETE).

Quando foi fazer a ultra-sonografia, que iria confirmar ou não o fato de estar grávida de trigêmeos, Bernadete não permitiu que o marido entrasse. Aquilo era um domínio dela, ela tinha de ser boa e capaz o suficiente para não decepcionar, os outros e a si própria. Podemos compreender também, na história de Bernadete, essa questão de ser uma “coisa sua”, como sendo uma manifestação de um afeto presente também em outro lugar, que não apenas a sua relação com seu marido, como a mulher que quer engravidar para dar um filho a outro. Essa coisa que é de propriedade dela, exclusivamente, também pode estar apontando para a sua constituição como sujeito, nas suas posições infantis, endereçadas à sua própria mãe e ao seu próprio pai. Por tudo isso, para ela, estar esperando menos de três bebês não valia. Só depois de confirmado o fato é que ela enfim comunicou a todos.

Apesar do impacto inicial, seu marido reagiu à notícia com um sentimento intenso de júbilo, de orgulho, que perdurou por toda a gestação. Além disso, também o interessante aspecto de uma gravidez através de um pacote, onde paga-se por um e leva-se mais de um. Um lucro que não apenas diz respeito ao valor monetário do tratamento, mas à sensação de vitória e de superação diante de si e dos outros, o que traz um lucro enorme quanto à situação inicial de dificuldades de gerar e de se buscar ajuda para se ter “ao menos um filho”.

E eu não deixei ele entrar, meu marido, eu não deixei ele entrar, “porque ele não pode entrar pra ver esse primeiro exame não” (...) Porque eu não queria, se acontecesse de não estar [os três bebês], dele estar lá, entendeu? Era uma coisa que tinha de ser comigo, era minha, como se um sentimento meu egoísta, que a essa altura do campeonato ele tava lá. (...) Ele chegou, ele sentou na frente do volante. Aí eu: “Amor, ta bem? Olhe, escute, são três, entendeu? São três bebês que estão aqui dentro”. Ele: “Meu Deus do céu, são três! E agora, como é que eu vou cuidar de tanto menino?” A reação dele foi essa. Aí ele ficou e parou. “Meu Deus, eu vou ligar para Z.”. Aí eu: “Vai?” “Vou dizer a ele que saí no lucro, paguei um ganhei dois, vieram dois de graça”. Ele só falava nisso, só pensava nisso, “São três!” Eu sei que a partir desse dia a vida dele, assim, eu acho que ele não teve nenhuma dor de cabeça essa gravidez inteira. O olho brilhava, sabe? (BERNADETE)

No entanto, para Bernadete, a gestação passou a ser uma constante fonte de angústia, uma gestação permanentemente monitorada, que várias vezes por semana a levava a estar no médico ou no laboratório para exames. O primeiro trimestre foi atormentador, em virtude da ameaça de perda, de aborto espontâneo. Ela não teve oportunidade para cuidar de enxoval, imaginar os seus bebês, pensar no quarto, todas essas coisas das quais as grávidas também se ocupam, que fazem parte de um certo ritual de aproximação, constantes remanejamentos que a mãe vai elaborando para tornar o estranho, que o filho também é, um ser familiar, que há muito se conhece e com o qual ela pode se identificar. Bernadete supervalorizou a questão da perda, o que também podemos compreender como uma atitude ambivalente frente a uma gravidez, de uma maneira tal, ainda mais múltipla. A gestação dela girou em torno de médicos, exames e medo.

Aí começou o medo de perder. A partir desse momento eu teria a possibilidade de perder. Eu fui uma grávida que eu não... normalmente as grávidas se preocupam em comprar roupas, mostrar a barriga. Eu só me lembrava o que tinha dentro da barriga, tomar o remédio na hora, se sentir uma dor ligar para Z. Eu deixei Z. com três meses e fui para a minha médica. Ligar para ela, ligar para ele, de reclamar... de perguntar por que, sabe? De fazer os exames, de ir ao médico. De comprar o remédio, de ligar para o laboratório para comprar o remédio, eu não queria saber da outra parte porque minha preocupação era de nascerem.(...) Aí eu sei que foi uma gravidez assim, só mesmo de exames, só tem histórias de exames na minha gravidez, de exames, de médicos, e a cardiologista, e a endocrinologista. Durante a semana eu ia duas, três vezes ao médico. A minha médica mesmo eu ia duas vezes na semana. Exame de sangue, ultra-sonografia. Eu acho que eu nunca fiz, ninguém fez tanta ultra-sonografia. É muita ultra-sonografia, porque eu me preocupava em saber se tava bem (BERNADETE).

Já no caso de Simone, ela nos conta que começou o tratamento de ovulação assistida à base de injeções e monitoramento, além de relações sexuais prescritas. Na segunda tentativa, ovulou quatro folículos e três foram fecundados. Assim, um ano e meio após “liberar” ela conseguiu engravidar, só que de trigêmeos. O desespero foi enorme diante da gravidez múltipla, Simone se viu “enlouquecida”, não via condições em si de ser mãe de “primeira viagem”, e logo de três.

A gravidez apresentou-se muito estressante desde o início, apesar de todos os cuidados e acompanhamentos e exames que se sucediam. Sangramentos,

deslocamentos, repouso. Para Simone, o pré-natal não ofereceu garantias, pois sempre teve boas notícias e de uma hora para outra apresentou rompimento de bolsa e perdeu o primeiro bebê. Meses depois, perdeu mais um e depois o último.

A dor de abortar aqui se configura como a dor mais terrificante, que não existe outra igual, a não ser que a mãe não deseje o filho, como ela mesma diz. Daí a situação extremamente conflituosa e controvertida diante do primeiro aborto, que traz dor e alívio, pois a mãe, ao mesmo tempo, deseja e não deseja o filho, o que a gravidez múltipla só acentua as cores. A experiência do aborto traz a ameaça do descompensamento, do medo de perder a integridade se tiver de vivenciá-la de novo, perder os filhos, perder parte de si mesma, partes irrecuperáveis emocionalmente.

Eu não desejo a ninguém. Eu acho que... qualquer mãe que abortar deve ser... assim, eu sei que é pior, é uma dor tão grande, tão grande, tão grande, que eu acho que não existe dor maior do que essa. Só se realmente a pessoa não desejava de jeito nenhum aquela criança, não sei como. A partir do momento que você está grávida, eu não sei como é que a pessoa não deseja. Mas é, eu espero não passar mais por isto, de jeito nenhum. Eu não tenho realmente nem condições psicológicas para passar por isso de novo. Eu não sei, aí sim eu acho que ia ficar muito descompensada, sabe? Essa experiência já foi terrível, mas eu consegui superar. Agora outra dessa, eu não sei se eu consigo não (SIMONE).

O tratamento para ela é algo de muito estressante e significa também muito sofrimento, além de esperança. Ser acompanhada e monitorada o tempo todo, ir ao médico o tempo todo, além do pior, que é a questão das relações sexuais prescritas, tudo isso se traduz num sofrimento que ela não deseja a outrem. Ela passou por duas tentativas, mas acompanhou vivências de amigas que já passaram por “n” tentativas e por “n” técnicas diferentes sem conseguir a gravidez. Ela se coloca numa posição de uma mulher que não vive para isso, para engravidar, que não vai ficar o tempo todo “ligada” nessa questão, numa posição de quem pode aceitar uma situação, que pode se conformar.

Talvez, para Simone, o mais difícil de compreender seja o porquê de uma mulher não poder ser mãe, não poder gerar um filho. É isso que para ela é o grande mistério, quando seria a única garantia fundamental de ser mulher. Assim, ela traduz essa situação como uma falta de confiança na palavra do médico e da

ciência, e coloca a opção aqui de procurar um terapeuta para ajudá-la a ter uma gestação mais tranquila. Não que o terapeuta lhe ofereça garantias sobre nada, mas sim, para ter um espaço para falar de algo que não seja apenas as condições do feto lidas pela ultra-sonografia.

Com relação à gravidez múltipla, ela sempre soube do risco, mas saber da existência de uma possibilidade não é suficiente, diante do vivenciar a gestação de trigêmeos. Ela nunca se permitiu imaginar três, para ela dois ainda poderia ser digerido, pois “toda mulher gostaria de filhos gêmeos”, apontando aqui o orgulho visível de uma mãe de gêmeos, o que caracteriza uma vitória, uma marca superior sobre as outras.

Na verdade, diante da perda do primeiro dos bebês, Simone ficou muito mais aliviada do que propriamente triste, e também culpabilizada. Ela nos conta que não tem “espaço” suficiente para três berços, referindo-se às dependências de sua residência, porém também não havia espaço vital, não havia espaço dentro dela, pelo menos a princípio. Mesmo diante do inexplicável da situação, este trouxe alívio. Nas outras perdas, aí sim, o inexplicável se assenta como o estranho, o absurdo, o que ninguém pode compreender, nem explicar. A dificuldade, então, é de lidar com o inexplicável quando ele leva consigo mais do que ela estava disposta a lhe ceder.

Eu nunca vou ter a confiança, eu nunca vou ficar certa de que está tudo bem. Não está. Foi uma coisa que o médico não pôde explicar, tem coisa que não tem como explicar. Os riscos, sim, eu sempre soube. Ah, você pode ter mais de um, certo, isso eu sempre soube. Mas eu nunca imaginei que isso pudesse acontecer, entendeu? Dois ainda vá lá, mas três? Pra mim é muito (risos). Mas, assim, quem não quer ter filhos gêmeos, né? Toda mulher gostaria de ter filhos gêmeos. Dois ainda... mas três? Pra mim já era demais. Mas olhe, eu fiquei triste quando eu perdi esse que não se desenvolveu, mas a própria Dra. Z. disse que ia ficar muito mais tranquila, porque uma gestação de gêmeos é muito diferente de trigêmeos. Então, teria de ter mais cuidado se fossem trigêmeos. Então ela ficou muito mais tranquila de saber que só ficou dois. E, na verdade, eu também fiquei mais tranquila, porque, até por questão de espaço na minha casa, eu só tenho um quarto para três berços? Eu não sabia como é que eu ia fazer, mas eu ia ter de fazer, né? (SIMONE).

Em decorrência da fase inicial do tratamento de fertilização *in vitro*, da administração de grandes doses de hormônios para estimulação da ovulação,

muitas mulheres apresentam excessivo aumento de peso durante a gravidez, o que ocorre também em virtude da gestação múltipla, e aumento da pressão arterial, assim da taxa de açúcar tolerável no sangue. Conforme informação que obtivemos de um médico ginecologista, a diabetes gestacional e a doença hipertensiva da gravidez são freqüentes nessas mulheres. Em virtude desses fatores, Bernadete, aos sete meses de gravidez, foi avisada de que teria de se submeter à cesariana para a “retirada” dos bebês. Estes, aqui, não nascem, eles são tirados prematuramente em virtude de todos os riscos que podem se fazer presentes para a integridade da mãe e deles mesmos.

Bernadete se vê invadida de um medo avassalador, pois uma coisa era tê-los na barriga e outra era, de um dia para o outro, se ver na situação de ter de ser mãe de três bebês prematuros. O medo de morrer no parto, assim como o medo de exercer a maternagem pós-nascimento, tomou um vulto enorme. Ambos expressando um medo legítimo de uma situação de fato assustadora e também reveladores de uma ambivalência de ser ou não ser, de ter ou não ter, que a acompanham desde o início.

Bernadete, agora, vai ter de se confrontar com tudo o que as prescrições médicas, as preocupações, as ocupações práticas, a rotina do tratamento e da gestação não permitiram que ela se confrontasse antes. Ou seja, os sentimentos ambivalentes, a falta de preparação, o inédito de uma situação inusitada, a angústia e o medo.

Pra você ter uma idéia, quando elas nasceram, nasceram? Eu estava no dia assim..., porque eu tive pressão... a minha pressão subiu de um jeito que em uma semana eu troquei três vezes de remédio. Aí ela [a médica] juntou com uma equipe dela para definirem se iam nascer naquele dia, no dia seguinte. Estudar o caso, como é que estava, o meu açúcar que tava lá em cima, aquela coisa toda. E ela ligou de noite dizendo que no dia seguinte, às 7 horas da manhã eu estivesse no hospital para fazer cirurgia. (...) “Eu vou ligar para (nome da médica), eu não quero que ela tire os meus bebês agora. Eles vão ficar um pouquinho aqui dentro, eu não estou preparada, eu estou com medo”. Eu tava com medo, medo. Eu tinha medo de morrer literalmente (BERNADETE).

Aterrorizada com o momento do parto, que na verdade queria adiar, ela passa por uma vivência muito dolorosa e angustiante no nascimento dos bebês. O medo e o estranhamento tomam lugar e Bernadete não consegue se aproximar

deles, evitando de certa forma o vínculo inicial. Com as crianças prematuras na UTI neonatal, Bernadete teve alta em primeiro lugar e voltou para casa com o marido, deixando os bebês no hospital. Esse momento foi vivido com uma tristeza muito grande, além do sentimento de culpa por deixar as crianças, do mal-estar e do temor pelas suas vidas. A tristeza aqui parece evocar uma passagem, ao mesmo tempo esperada e temida, a passagem da mulher para a mãe, de uma posição de filha para uma posição materna, da solidão para o não poder estar só, de autonomia para responsabilidade pelo outro.

Praticamente, nesse momento, não houve lugar para a alegria de ter os filhos tão desejados. No entanto, para Bernadete, foi um momento decisivo, pois proporcionou a vivência de todos os sentimentos abafados, ela pôde dar expressão, através do choro a tudo, ao medo, à revolta, à tristeza, à alegria. Enfim, foi importante porque proporcionou, pela vivência, uma abertura para a experiência, para uma elaboração, pelo menos, preliminar de tantas contradições, e a possibilidade de poder encarar os bebês como sendo os seus, e poder se identificar com eles, promovendo o cuidado materno.

Então eu vim chorar no dia que eu cheguei em casa, vim chorar literalmente, porque aí desabou o mundo. Quando eu cheguei em casa, eu entrei no quarto, fechei a porta e chorei tudo que eu não tinha chorado, porque eu sentia aquilo, eu não sabia como era, não falava com ninguém. Pelo amor de Deus, eu quero ficar sozinha! Eu não sei quanta coisa aconteceu naquele quarto trancada, chorando. (...) Aí sim, até esse momento... eu não quis ir ver as meninas quando eu saí do hospital. Eu ia lá, olhava, ainda era meio estranho para mim aquele negócio de mãe, sabe? Dentro da barriga era uma coisa, quando elas estavam fora virou outra, não tinha leite, não tinha nada. Aí era aquela coisa meio estranha, sabe? Eram os bebês que tavam ali, eram meus bebês, meus bebês, mas não tinha aquele, aquela coisa não. Porque eu ainda tava me sentindo tão mal, sabe? Eu tinha de desabafar de alguma forma. Então, quando foi de noite eu disse: "Eu quero ir no hospital, eu quero ver as meninas". Quando eu cheguei no hospital foi completamente diferente (BERANDETE).

Para que a mãe possa exercer espontaneamente o cuidado materno e possa se apropriar de sua maternidade, no sentido de ter confiança, através da identificação com o bebê, de traduzir as necessidades dele, ou seja, atribuir subjetividade ao bebê, vê-lo como uma pessoa, além de um organismo físico, é preciso que se desenvolva o que Winnicott (2000) chama de "preocupação

materna primária”, que nada mais é do que um tempo, para que se possa realizar uma série de operações, aproximações sucessivas de uma mãe com o seu filho, assim como do pai com seu filho.

O processo de fertilização, a gestação múltipla, a prematuridade, a necessidade de tantos especialistas acrescentam uma tarefa extra aos pais e aos profissionais envolvidos no processo. É muito mais difícil para a mulher, como no caso de Bernadete, se apropriar realmente desse novo aspecto de sua subjetividade: o ser mãe.

As crianças foram tendo alta do hospital aos poucos, uma a uma, e isso, apesar de trazer mais dificuldades para o casal, em termos de se dividir no cuidado com os filhos, além da culpa por não estarem todos ali, juntos, no caso de Bernadete foi crucial para que ela pudesse atingir a posição descrita acima, o cuidado materno. No entanto, ela vai expressar essa sua nova posição também através da excelência, do excesso, da desmesura em cuidados, em preocupação. Vai absorver para si toda a responsabilidade e também toda a eficiência em assumir tal posição.

E, com isso, vai ser mãe com dedicação total, não apenas nos primeiros meses das crianças. E tudo em casa vai girar em torno dos filhos, a sua vida vai passar a fazer sentido apenas em nome dos filhos, e de responder a esse lugar em que ela mesma se colocou. Transformar os filhos em sujeitos e se afirmar, ela própria como sujeito, parece-nos acontecer em simultaneidade.

E tanto que, quando elas nasceram, a pediatra dizia: “Mãe, eu vou dar alta a C. [1ª filha]”. Na minha cabeça eu dizia: “Não, não dá alta não”... eu não ia conseguir levar C. para casa. Eu não ia saber como lidar com ela. (...) E conforme ela veio para casa, com seis dias, aí foi uma maravilha, uma maravilha, porque se ela tivesse dado alta a C. no dia que eu saí do hospital, tinha sido uma negação. Tudo que eu senti naqueles meses todinhos, entendeu? Eu tinha que botar para fora de alguma maneira. Eu tinha de estar sozinha para chorar. Eu precisava chorar. Ficou tudo presinho, guardadinho. Eu chorei no dia que eu cheguei do hospital. Depois, quando C. chegou foi uma maravilha. Agora também foi 24h por dia cuidando dela. Eu dormia encostada no berço. Eu dormia fazendo carinho em C. Dormia e acordava, D. [marido] me acordava. Altas horas da noite eu dormindo alisando C. Ela dormindo de um lado e eu dormindo do outro. Ele dormia também. Ele dormia com C. em cima dele. E virou aquela festa dentro de casa, né? O bebê. E as outras eu ia de manhã, ia de noite, com ele, todos os dias (BERNADETE).

Bernadete viveu esse momento com um nível de tensão e de ansiedade enorme. Além da dedicação ao primeiro filho, a preocupação com o que pudesse acontecer com o bebê recém-nascido levada ao extremo e a preocupação com os outros que ficaram no hospital. O medo de perda volta a entrar em cena, medo de perder um dos três, tinha de ser todos, não menos de três. A ansiedade por ver todos os bebês em casa aumentou muito depois que Bernadete pôde, enfim, se dedicar à sua nova identidade materna. A culpabilidade por não poder ser toda com cada um dos filhos também aumenta, principalmente pela necessidade de sua presença, que demandavam as crianças restantes, ainda internadas no hospital.

Era bem assim meu estado de nervos, que eu achava que ia acontecer alguma coisa com a menina. (...) Quando eu ia visitar as outras, aí eu já tinha aquela ansiedade, né? De levar todo mundo para casa. F. [segunda filha] foi horrível, porque registrou que ela tinha sopro. Aí vem aquela coisa que eu digo a D. [marido]... que é muito... que o pessoal, quem tá de fora diz: “Poxa, você tem três, se acontecer alguma coisa a uma, o que é que tem?” Muita gente ainda diz isso, né? Menina, mas eu... foi o pior sofrimento do mundo. Saber que a possibilidade de acontecer alguma coisa com F. né? Eu não pude ir, o primeiro exame que ela foi fazer, eu não pude ir porque exatamente era o dia que C. [primeira filha] estava voltando. Tava levando ela pra casa e F. passou indo para fazer o exame, lá no hospital que fazia. Mas ficou aquela coisa (BERNADETE).

Neste momento, já se apropriando de sua identidade materna e avocando para si toda a responsabilidade e todo o cuidado, ela já começa a entrar em confronto com o saber médico no acompanhamento de suas filhas. Bernadete vive um sentimento de realização pessoal, que antes era dirigida a uma realização do sonho do marido. Ela fez tudo, não apenas para realizar o marido, mas também para repetir a história de sua própria mãe e ser como ela, aquela que deu três filhas ao marido, já que, na família de origem de Bernadete, são três filhas e quatro filhos.

A excelência materna toma lugar definitivamente com a chegada de todas as crianças em casa, e ela sente que só com ela os filhos estão seguros, que só ela pode administrar os cuidados com perfeição. Ela se sente vaidosa por ter proporcionado ao marido uma grande família, pois antes ele se via diminuído (e ela também), por não ter a “grande família” já conhecida, já experimentada e da qual os pais deles foram capazes.

Quando eu vi F. com os olhos assim, que não abriam, os pezinhos dela pareciam que iam explodir. Eu comecei a chorar dentro daquele berçário, daquela UTI. (...) “Você está me achando com cara de idiota? Péra aí, rapaz, eu não sou médica não, mas eu não sou analfabeta, a menina tá inchada!” Mas eu fiquei... O sentimento de perda de novo, que eu não posso perder, que incomodava muito, sabe? Até hoje, claro, incomoda. Eu sou muito apegada a elas. Elas não saem com ninguém, só saem comigo. Eu sou muito chata, todo mundo diz. Eu sei que foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida. Eu fiz para fazer um favor, eu fiz para realizar o desejo, porque era o sonho, o sonho dele. Os irmãos dele não têm família grande, né? E hoje ele tem uma família. E isso faz com que você viva o outro lado, fique assim orgulhosa e vaidosa, né? Por você ter dado também isso né? E em contrapartida eu deixei de trabalhar, eu adorava trabalhar... (BERNADETE).

O diagnóstico de infertilidade, guardadas as proporções de cada caso e a multiplicidade de fatores envolvidos, traz consigo, muitas vezes, a sombra da imprecisão, do provável e do improvável, do possível e do impossível. Podemos perceber a infertilidade por esse prisma, na história de Beatriz.

Condenada a possibilidade de engravidar espontaneamente pelos médicos, Beatriz se vê surpreendentemente grávida. Apesar de ninguém parecer se afetar pela possibilidade da gravidez, porque eles não mais acreditavam ser possível, pois para aceitar toda a aventura da fertilização é preciso crer fervorosamente na impossibilidade. Parece ser a vitória, a superação de seu marido (e dos seus 4% de espermatozóides viáveis), que se vê numa situação de, finalmente, se desvencilhar de um peso enorme que o afligia, de potência, de poder gerar o filho em sua mulher.

O pior que eu tava... os hormônios... tava com hemorróidas porque os hormônios acabam você. Incha, hemorróida, varizes, pipoca tudo. Aí o médico chegou assim... eu disse a ele: “Eu tô tomando tanto remédio, tanto remédio. É melhor você passar um espermograma”. Aí ele: “Com esse espermograma? Não engravida de jeito nenhum!” Me opereij, quando eu tava com cinco dias de operada, nada da menstruação vir, nada de vir. Eu fiz o exame, foi tão engraçado, porque a gente fez o exame e não foi buscar o resultado. Eu digo: “Eu sei que não estou”. O médico também disse: “olhe, isso é um... é, é gravidez, mas olhe, vamos ver, fazer um ultra-som primeiro”. Nem ele tava acreditando. Aí quando fiz, tava grávida. (...) Eu acho que meu marido... Ele sempre disse que não tinha problema, mas eu achei que ele... foi como se tivesse tirado um peso da vida dele, sabe como é que é? Ele sempre encarou com muita... assim, sem mistério, sem confusão nenhuma, mas eu notei que quando eu consegui engravidar sem tratamento, ele parece que... sentiu alguma coisa a mais, sabe como é? (BEATRIZ)

A gravidez atestada no exame causa dificuldade de se acreditar, uma resistência enorme em se abrir mão do diagnóstico inicial, uma dificuldade de aceitar uma suposta desordem que irrompe numa ordem tão justificada, provada, conhecida. A resposta do inusitado é colocada, assim, na conta de Deus e na ordem do milagre.

A gestação vem tranqüila, o medo de perder aqui não aparece como figura, a criança vem, nasce, não é feita nem retirada, é “de verdade”. Curiosamente, o segundo filho passa a ser mais exigido e cobrado pelos pais, os rigores da educação pesam mais sobre ele. O primeiro filho passa a ocupar mais uma posição de preciosidade, algo raro, único, muito delicado, quase um “artesanato da vida”.

Aí acho que foi outra gravidez, menos stress, sabe como é? Fazendo de tudo. Porque na primeira eu não subia escada, não dirigia carro, não fazia nada, com medo. Ele veio porque tinha que vir mesmo, porque eu fiz de tudo. Engravidei sem esperar. É outra coisa, foi uma gravidez tão tranqüila. Meu médico mesmo, quando eu falei: “Tá vendo que Deus existe? Porque com um espermograma do seu marido, você tá grávida?” E foi uma coisa assim, eu não acreditava, não acreditava. Até a barriga crescer mesmo. Tanto que, quando eu fiz o ultra-som, que deu gravidez mesmo, eu disse: “Tem certeza?” Eu botei para chorar. O médico: “Por que, você não queria?” “Não, eu queria” [risos]. (...) Se bem que minha filha é toda paparicada, mas com ele [o filho] é todo cheio de rigores. Aí é, né? Ela é aquela coisa paparicada, e ele... (...) Eu acho que valeu demais. Nossa, só olhar isso [as crianças]. Acho que tanto valeu o sacrifício e o esforço que Deus disse: Não, vou mandar outro. Sofreu tanto, vou mandar outro [risos]. Esse aqui é de verdade...(BEATRIZ)

A experiência de uma outra participante, Eliane, é riquíssima em todos os aspectos. Ela se vê apanhada num misto de alegria e estranhamento, dessa forma diferente de fecundação, na qual um terceiro se encarrega de “juntar” as partes dela e do marido, e que não só propicia o encontro fecundante, mas que também fica dando notícias a ela regularmente de quantos foram fecundados, de “quantos nós temos agora”, e quantos finalmente restaram para a transferência. É inevitável nesse momento não lembrar da dimensão “veterinária” do processo, que nos assinala Chatel (1995). Ninhadas de embriões são apresentadas para mulheres, futuras e possíveis mães, estupefatas e assombradas diante de tal novidade.

A decisão de quantos e quais colocar não é fácil. Apesar de a decisão ser colocada nas mãos do casal, é imprescindível, aqui, a orientação e

aconselhamento do especialista, que conhece a técnica e que tem a experiência ensinante e a estatística de muitos tratamentos realizados. Não podemos deixar de pensar na dimensão da autonomia e do consentimento esclarecido dos sujeitos envolvidos, que estão na base da viabilização do tratamento.

Para Eliane, a própria chegada ao consultório de um especialista em fertilização já põe em questão o poder de decisão e de autonomia da mulher, do homem, do casal, pois ninguém chega bem para uma consulta de infertilidade, principalmente desejando tanto os filhos. Além disso, o pré-esclarecimento sobre o processo não pode ser satisfatório, pois à medida que vão se sucedendo as fases do tratamento, cada mulher vai descobrindo em que se vê afetada e encontrando novos dilemas pela frente.

Assim, mesmo sem muitas condições para escolher, as escolhas têm de ser feitas, todo o tempo, nesse processo. Contrariando a lógica da quantidade, que orienta muitas mulheres, talvez porque tal lógica esteja na base do desenvolvimento e índice de sucesso nas técnicas, Eliane, orientada pela especialista, que já segue uma tendência nascente de diminuir o número de embriões na transferência, pois em um passado bem recente se implantavam muitos mais, resolve colocar apenas três embriões. Eliane nomeia a transferência de “cirurgia” para colocar os embriões.

Engraçado notar que, ao invés de cirurgia para sair (cesariana), os embriões precisam de cirurgia para entrar no útero. Tal escolha, sem dúvida, é orientada pela questão da evitação de uma gravidez múltipla, ou diminuição de sua probabilidade, devido aos sérios riscos que comporta, tanto para a mãe como para os bebês.

E aí vai, faz a cirurgia, a colocação. Aí o pior não é a medicação, é a espera, saber se está ou não. E de quantos. Aí ela perguntou a mim quantos eu queria colocar, porque tem nove. Aí a grande maioria das pessoas bota cinco, seis, mas aí ela disse: “olhe, pela sua idade, aí mostrou lá todas as estatísticas, pela sua idade e pelo jeito que seu útero está, eu acredito que não há necessidade de colocar tantos, mas a escolha é sua, é uma gravidez de risco, não sei o quê, então eu acho que não tem necessidade de você colocar cinco”. Aí eu optei por colocar só três, mas todo mundo me recriminando. As outras mulheres que estavam fazendo no mesmo dia ficaram falando. Como? Você tem nove! E que, quando produziram, produziram só uma quantidade que foi a que colocou e não sobrou nada. Pelo menos eu quero produzir um bocado, porque se tiver um bocado eu não vou ter que passar por todo o processo completo.

Se sobrar, eu não preciso passar por esse mico, tem, está sobrando para eu colocar mais. Tem ambos os lados. Sobrou, eu não vou fazer de novo, mas tem, o que é que vou fazer com esses outros? Mas aí eu fiquei com os três mesmo, com medo justamente de gravidez de risco, de parto complicado e tal. Aí eu pedi para colocar três. Aí o interessante, assim, que foi o que ela sugeriu também (ELIANE).

Após a transferência, “o tempo não passa” para saber finalmente se a gravidez se confirma ou não, e se confirmada, de quantos bebês se apresenta. Duas semanas vividas com uma enorme ansiedade, expectativa, receio, dúvida. Diante do resultado positivo, muita felicidade, uma explosão de sentimentos que aguardavam ocultos. Mas, ao mesmo tempo, mais ansiedade, grávida sim, mas de quantos? No entanto, para aplacar essa ansiedade, Eliane teve de esperar mais um mês para fazer a primeira ultra-sonografia, muito embora, já avisada pelo especialista de que a taxa no exame já indicava mais de um.

Finalmente, Eliane fica sabendo que ficou com dois bebês e aí ficou pensando que tudo acabou, para poder iniciar finalmente sua tão sonhada gestação, mas não acabou. Mais medicação para sustentar a gravidez no primeiro trimestre, pois os riscos de aborto eram maiores, pois além da medicação administrada no início do tratamento, que bloqueia a hipófise e estimula artificialmente o ovário a produzir folículos, também havia o fato de que eram gêmeos. O risco de aborto espontâneo passa a atormentar Eliane que não se permitiu “curtir” a gravidez e cuidar do enxoval, no primeiro trimestre.

Para Eliane, o risco de perda - no primeiro trimestre - se deve à razão de “não ser um processo muito natural” e também por ser gravidez múltipla. Em virtude do medo de perda, a gestação, e a própria Eliane, passam a ser alvo de extrema atenção, de prescrições, cuidados. A sensação era de uma felicidade vigiada, desejando se proteger do pior, da sombra da perda que paira na vivência da gravidez tão esperada. Além disso, os enjôos, as variações de humor, o que dificultavam a vivência de Eliane. Para ela, o desejo estava realizado, mas não da maneira idealizada, foi dado um jeito “não natural”, o que causa um certo estranhamento e também ambivalências entre o querer e o não querer, traduzidos na questão “e se acontecer algo?”

Aí esses três primeiros meses é aquela coisa, você podia perder a qualquer hora. Porque como não era um processo muito natural, então o risco de perder era grande, sem contar que eram gêmeos, também outra coisa de dificuldade. Aí veio também esse período de três meses de medo, né, de angústia, felicidade também, mas tem todas essas questões. Porque aí você está, agora você realmente realizou o seu desejo, mas se de repente acontecer alguma coisa, como é que você vai ficar? Aí eu fiquei a maior atenção, eu não podia dirigir, não podia andar muito, sandália baixa, evitar esforço excessivo, as medicações, né, de hormônio, de estrogênio, e tanto que eu não comprei nada, nesse período dos primeiros três meses, eu não comprei absolutamente nada de enxoval. Sempre assim, querendo, feliz e supercontente, mas sempre querendo me proteger de alguma coisa de ruim acontecer, de repente perder, como eu sei que tem muita gente que fica nesse processo de fertilização, grávida, e perde um mês depois (ELIANE).

A gestação tão sonhada passa a ser também uma experiência vivida aos pedaços, fragmentada pelos novos medos que surgem a cada etapa, medo de perder, medo de prematuridade, medo da gestação múltipla, medo do parto, tudo isso intensificado pela própria experiência profissional de Eliane, que lida com crianças que apresentam dificuldades neurológicas sérias, também em virtude de prematuridade e de gravidez múltipla de suas mães. Passam os três primeiros meses, passa o quarto, o quinto, o sexto, enfim, tudo vivido com um misto de alívio e de ansiedade pelo que passou e pelo que virá.

Uma questão que ronda a gravidez, passado o maior risco de perda do primeiro trimestre, é o problema incessante, que vem e vai, desaparece e aparece constantemente para Eliane, de “o que fazer com os embriões congelados”. Para ela, parece improvável fazer todo o processo novamente, uma vez que já tem dois filhos. Os embriões congelados não deixam de ser uma segurança diante de uma vivência de gravidez possível, que não traz certezas, mas, com o nascimento dos bebês, para ela é improvável ter mais filhos. Sente-se culpada, constrangida de passar por tanta coisa, gastar tanto dinheiro, provocar a existência de embriões excedentes, quando poderia ter adotado uma criança.

Porém, sempre vem a questão da mulher, a mulher deseja gestar, engravidar como um símbolo de beleza (e de poder). A adoção, por sua vez, foi uma questão vislumbrada pelo casal, mas deixada para último caso, no “banco de reserva”, caso não engravidasse de jeito nenhum. Pensava também em adotar, se

porventura desejasse ter outros filhos, após o nascimento dos gêmeos, mas a existência dos embriões congelados tira essa alternativa de questão.

O processo, para Eliane, é muito difícil de carregar dentro de si, e ele não se resume à maternidade ou aos gêmeos. Ela não se arrepende, faria de novo se necessário, mas não pode assegurar se submeter-se-ia ao tratamento diversas vezes, acumulando inúmeras decepções e sofrimento. Em sua vivência, ela acompanha a situação de mulheres que fazem várias tentativas, inclusive uma que fez dez ou onze tentativas de fertilização. Eliane admira a persistência, mas não sabe se ela mesma seria uma dessas mulheres, pois não tem certeza (e realmente ainda não se sabe) como a mulher fica depois de tudo isso, o que não se resume ao estado físico da mulher depois de tantas tentativas.

E depois aí eu fico pensando o que é que eu vou fazer com os outros óvulos que eu deixei guardado lá. Aí vem outro problema, não é uma decisão minha só. Eu vou ter de novo? Eu vou fazer os processos de novo, de colocação e possibilidade também de vir dois ou três? Às vezes a gente fica pensando que a gente está sendo egoísta, em vez de todo esse gasto eu podia adotar, né? Mas aí vem também a questão da mulher. A mulher quer ficar grávida, a mulher quer, né? Pode reclamar de dor nas costas, de tudo, mas está linda, se achando ótima, se achando linda, se achando poderosa, às vezes, né, porque está grávida. (...) Ah, não tem, em termos de vivência, não tem nem uma palavra para definir isso, mas eu me sinto assim realizada, muito feliz mesmo. Assim, ao mesmo tempo muito difícil, eu faria de novo, porque é uma coisa de você carregar mesmo em você. Eu não me arrependo, faria, faria de novo. (...) Graças a Deus foi assim esse processo inicial, foi de primeira, eu consegui, eu não sei como seria... como eu vejo nas outras. Eu não sei se faria três vezes. Mas o que eu vi, assim, no período que eu tava fazendo, muita gente tava fazendo pela... muitas tentativas. Parece que tinha uma que parece que era dez ou onze, que uma pessoa tinha feito. E que não desistia, não desistia, ia fazer, ia fazer. Admirava ela pela insistência. Mas a gente não sabe como é que a gente termina no final, né? Eu acho que não dá, né? (ELIANE)

Por fim, grávida de oito meses, aguardando o momento do nascimento dos bebês nascerem, e com muita ansiedade em relação ao parto e às condições do nascimento de seus filhos, Eliane termina a sua narrativa, dizendo que “agora só teria muito a falar depois que eles nascerem”. E finaliza retomando a questão tão discutida da complexidade do processo, de que é muito mais complicado do que se imagina, que nem elas mesmas sabem a respeito do que as espera.

5.8 Feminilidade e desamparo – novas configurações.

Para Kehl (1998), existem diferenciações, mas também relações, entre o que costumamos chamar mulher, posição feminina e feminilidade. Homem e mulher são os primeiros significantes que nos designam, desde que nascemos, e isto se faz, em princípio, através da (mínima) diferença real do corpo. A posição de sujeito, masculino ou feminino, é da ordem do simbólico, ou seja, da posição do sujeito no discurso cultural, e que nos acostumamos a colocar em termos de atividade e passividade, como sujeito e objeto do desejo de outros. Já a feminilidade e a masculinidade são da ordem do imaginário, compostas pelas identificações e deslocamentos muitos que compõem cada um, em suas estratégias de lidar com o fato de serem mulheres e homens, masculinos e femininos.

Em plena modernidade, a respeito do conflito no sujeito entre os registros da pulsão e da civilização, temos duas versões para tal conflito. Na primeira versão, o sujeito, pelo trabalho do ego, poderia alcançar uma relação tranqüila entre as exigências da pulsão e da civilização. Na segunda, porém, a idéia freudiana é que o conflito jamais seria ultrapassado, o máximo que se poderia alcançar seria a gestão dele, uma gestão interminável e infinita.

Na primeira versão, o sujeito superaria o seu desamparo via domínio das pulsões pelo ego, e caberia à sublimação um lugar privilegiado. Na segunda, o sujeito não poderia jamais se deslocar de sua posição de desamparo, devendo fazer um trabalho interminável de gestão dessa posição. Essa versão final contribuiu para a emergência de um outro conceito de sublimação, uma outra economia do erotismo, na qual o trabalho de criação se tornaria possível. A segunda versão traz um sujeito que não se desvincula de seu registro corporal, através da horizontalização das ligações com os outros, produção de laços sociais como obras de criação. O feminino, aqui, é algo que deve ser construído artesanalmente, é partir do vazio (BIRMAN, 2000a).

A contracepção medicalizada e a concepção medicalizada, que é o caso das técnicas de Reprodução Assistida, envolvem questões que nem sempre são

lembradas quando o assunto é desejo de filhos, como a sexualidade feminina, a feminilidade e a conjugalidade.

Se antes a criança era uma possível vicissitude do encontro e do ato sexual, com a contracepção a criança passa a ser programada e a sexualidade passa a ser instrumento para a sua fabricação, com todos os ganhos e perdas que isso pode trazer para a mulher, para o homem e para os casais e famílias. O encontro sexual traduz uma condição fecundante em que a mulher recebe algo que lhe é dado por um homem, movidos pelo desejo (CHATEL, 1995).

Já na concepção medicalizada, o sexo não é mais o instrumento, este se concretiza na decisão voluntária de ter o filho, nas condições financeiras do casal, no acolhimento do pedido, na perícia e competência de uma equipe especializada, onde, sem dúvida, também temos uma situação que envolve ganhos e perdas, pessoais e sociais. Necessário se faz uma atenção sobre o que nos fala a conjugalidade atual (permeada pela infertilidade e pela intervenção tecnológica na procriação), e o desejo de família na contemporaneidade.

CASAIS E FAMÍLIAS, PAIS E FILHOS ASSISTIDOS.

*Ressuscita-me (...) Para que doravante a família seja
o pai, pelo menos o Universo; a mãe, pelo menos a
terra.*

Vladimir Maiakovski (O amor)



Renoir (Madame Charpentier e suas filhas)

CASAIS E FAMÍLIAS, PAIS E FILHOS ASSISTIDOS.

Ressuscita-me (...) Para que doravante a família seja
o pai, pelo menos o Universo; a mãe, pelo menos a
terra.

Vladimir Maiakovski (O amor)

6.CASAIS E FAMÍLIAS, PAIS E FILHOS ASSISTIDOS.

6.1 Modernidade e conjugalidade.

A modernidade trouxe o declínio da imagem social do pai, ou, mais propriamente, o declínio da figura tradicional da paternidade que se configurou naquilo que denominamos patriarcado. Um dos fatores de tal declínio, além das questões históricas da figura de Cristo, da instituição do casamento mediante consentimento, da função assumida pelo padre no interior das famílias e posteriormente do médico, é o deslocamento do poder do pai para a mãe e também o surgimento de outros poderes que se colocam entre o casal e entre o casal e os filhos: os poderes médico, judiciário e ensinante (JULIEN, 1997).

O poder médico atinge o seu ápice na grande e atual revolução, que confere à mulher a possibilidade de decidir sobre a procriação, seja através dos meios contraceptivos ou dos meios conceptivos. Aqui decidem juntos a mulher e o médico. O poder judiciário trouxe a supressão do poder patriarcal, do poder do marido sobre a esposa, e se estendeu ao direito de guarda das crianças, à adoção, ao divórcio, à condenação pelo abuso dos pais, à perda do pátrio poder. O poder ensinante opera, na medida em que crianças e jovens são mais frequentemente educados por mulheres (a mãe professora), e seguem a palavra enunciada pelas mulheres.

Na modernidade, o pai vai ser aquele que ocupa um lugar privilegiado junto à criança, que por sua presença constante e atenta faz a criança passar da vida familiar à vida social, é o mediador entre o privado e o público, e aquele que introduz a criança na condição de adulto, capaz de encontrar um caminho desembaraçado de sua mãe. Na contemporaneidade, o pai também tem a função de se fazer presente ao corpo do bebê, de emprestar a voz à criança que ainda está sendo gerada e, depois de nascida, também fornece uma relação corporal

íntima com a criança, pela pele, pelo cheiro, pelo olhar, pela voz. Tal função foi denominada de maternalizante, mas também é função do novo pai. A paternidade também é biológica, ou seja, o pai também pode ser aquele que fecunda uma mulher. No entanto, privilegiar o pai como o dono do espermatozóide que fecundou o óvulo da mãe é deixar de lado a dimensão do encontro entre homem e mulher movidos pelo desejo.

Em relação à conjugalidade, o sexual, muitas vezes, mostra-se como fonte de conflitos, causa de dificuldades, lugar onde se observam os sintomas apresentados pelos casais, e contra o qual eles lutam e se defendem. Frequentemente se coloca para o casal o problema das reivindicações recíprocas. Nessas, temos a figura da mulher que quer se tornar mãe, como maneira privilegiada de se tornar reconhecida falicamente, e o homem, que vai ter consigo mais uma mãe do que uma parceira. Há, também, a questão da Infertilidade masculina, denunciada há pouco tempo, pois, historicamente, sempre esteve mais na conta da mulher. E temos a questão da devoção feminina, via sacrifício, para fazer de seu marido um verdadeiro homem, o que pode torná-la mulher e mãe (MELMAN, 2003).

Na conjugalidade e na parentalidade, apesar de todos os movimentos de desconstrução da família tradicional nuclear, o desejo de família se mantém forte. A família parece ser o último lugar de refúgio - num mundo sem dó - e garantia de laços sólidos e duradouros. No entanto, o que deve ser fundamental aqui é a presença de uma lei, aquela que permite, ao mesmo tempo, deixar cair o pai e a mãe para permitir um laço entre um homem e uma mulher. A importância dessa lei remete ao encontro com o desconhecido, em sua alteridade, remete à lei das trocas, fundamental para a aliança conjugal.

Segundo Julien (1997), essa lei transmite-se na família, de pais para filhos, desde que a parentalidade deles seja precedida por uma conjugalidade, não confundindo essa última com a instituição do casamento. Há dois tempos para tal transmissão. O primeiro é a instauração pela mãe de um lugar, de uma posição entre ela e a criança. Tal posição designa o lugar do desejo materno que aponta para além da criança, ou seja, a criança não é o que lhe falta. O lugar do pai, o pai

como nome, na palavra da mãe. Hoje, há um espectro mais amplo de quem pode ocupar essa posição, o companheiro, um contexto profissional, cultural, artístico. A mãe, de certa maneira sempre vai se fazer presente e ausente para a criança, e é essa alternância, no que concerne à criança, o que confere o primeiro tempo da transmissão.

O segundo tempo vai se dar pela presença de um homem que vem ocupar esse lugar à sua maneira própria. O pai é aquele que tem o gozo na sua geração e que nega a seus filhos e filhas um saber possível sobre o seu gozo. O pai é o homem que tem uma vida privada, literalmente, que priva a criança de saber sobre o seu gozo de homem. Com esses dois tempos de transmissão, torna-se possível para a criança, um dia, poder deixar seus pais. Trata-se do “paradoxo da subtração criadora”. Eles mesmos transmitem à criança o poder de deles se excluírem, apenas por razão de sua filiação. “Deus criou o mundo como o mar criou a praia, retirando-se” (JULIEN, 1997: p. 50).

Maternidade não se transmite. Toda filha deve abandonar a esperança de autorização de sua própria mãe para se tornar também mãe. O abandono de uma relação devastadora de completude entre mãe e filha só pode se dar através do apelo ao pai, ao homem, ao marido, ao amante (CHATEL, 1995).

O que as tecnologias reprodutivas estão indiretamente favorecendo é a supressão desse elemento desejante da mulher e de gozo do homem junto a uma mulher. Um tipo de dessexualização do encontro necessário para a procriação, não apenas mediante a suspensão da relação sexual, no caso de uma inseminação artificial ou *fertilização in vitro*, mas principalmente porque o que interessa é juntar as partes. Um espermatozóide saudável de um homem, um óvulo saudável de uma mulher, que depois de juntos vão para um útero saudável que possa levar a termo a gravidez.

Recentemente, em meados de maio/2004, foi divulgado pela mídia (JORNAL NACIONAL, 2004) o caso de um casal que tomou como útero substituto o da mãe (dele) para gerar uma criança com as células do casal. Temos, assim, além da felicidade do casal, em poder realizar o sonho de poder gerar um filho biológico, uma mãe que, no útero, espera um filho do próprio filho com a mulher

dele (detalhe). O contexto incestuoso é suprimido, os técnicos e as pessoas envolvidas concordam com tal situação, em nome do desejo de filhos do casal, desejo que é aceito como demanda irretocável, inquestionável.

A sexualidade atropela a existência, a partir do momento em que a criança ou o adolescente ou o adulto se afetam por uma pulsão desconhecida, que subverte as referências, as atitudes e os relacionamentos. Também nos atropela de fora, despertada por um gesto, uma imagem, um olhar ou uma palavra endereçada a nós. Cada vez que a nossa intimidade é surpreendida, somos atirados na interrogação (JULIEN, 1997).

Nos novos padrões familiares, há um laço entre as mulheres e a avançada medicina da reprodução. Tal configuração afeta a vida sexual, amorosa, materna, paterna e familiar. Além de desejado, o filho passa a ser programado, filho dos pais e da técnica. A mulher oscila entre os pólos da gravidez e da esterilidade. O homem se vê equiparado às condições de seu esperma, e de pai passa a ser um co-demandante no tratamento. Dessa maneira, o desejo sexual de homens e mulheres acaba se distanciando do evento causa da procriação. Essa problemática sexual atual, no entanto, não nos autoriza a deduzir que a sexualidade destinada à procriação da modernidade era mais harmoniosa (CHATEL, 1995).

Através da leitura e da escuta das falas de nossas participantes, podemos pensar que um tratamento para gravidez, muitas vezes encarado como uma equação, do tipo falha-diagnóstico-intervenção-resultado, não se apresenta assim. O próprio procedimento se apresenta como um ciclo de intervenções variadas, contínuas e descontínuas, breves e longas, ou seja, não se trata de um ato simples, mas de extrema complexidade. E o que se passa com a mulher, o homem, o casal, a criança imaginada e perseguida também se manifesta através de uma complexidade ímpar, de fatos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, éticos, de gênero, em suma, é um processo que diz respeito ao humano como um todo, não apenas em alguns de seus aspectos.

6.2 O casal diante das novas tecnologias reprodutivas.

O casal vive um sentimento de impotência, diante do fato de que a simples atuação do sentimento que nutrem um pelo outro, a paixão e a vivência de sua sexualidade não são suficientes para conseguir gerar o filho esperado. A associação necessária com um terceiro elemento, conjunto formado por especialistas e pelas técnicas e procedimentos, coloca a situação além de seu relacionamento a dois.

Chama a atenção, aqui, a leitura que a mulher faz da participação do homem no processo, pois a grande carga de intervenção mesmo é sobre ela, restando para ele apenas o fornecimento do “seu material”. Muitas vezes, o homem reage ao seu sentimento de impotência com a imposição do segredo e com o silêncio diante do insucesso do tratamento. A pressão que a condição do marido exerce sobre ela é grande, pois ela tenta diminuir o sentimento e a frustração dele, através do velho stratagema feminino de tudo sozinha suportar, para não piorar ainda mais a condição dele.

No primeiro, ela não conseguiu. A gente fez as induções com injeção e tal, é muito sofrível o tratamento em si, para a mulher. Para o homem é mais aquela angústia psicológica, né? (...) Então, além de ter a carga psicológica da expectativa de saber se vai dar certo ou não, tem a pressão do marido, que fica com muito cuidado, porque você não pode sofrer senão ele fica aperreado e ele também está estressado, porque fica vendo o seu sofrimento e não está podendo fazer nada. Na verdade, ele só participa na hora de fazer a coleta dele para poder pegar os espermatozoides e fazer a fecundação. Aí pronto, deu errado na segunda vez, mas eu fiquei tranqüila. Agora queria ficar conversando com as pessoas sobre o assunto, deu errado e as pessoas dando força, mas meu marido entrou na clausura, assim, entrou em uma redoma de vidro. Não atendia telefone, não queria que eu conversasse com ele, era uma complicação, porque ninguém podia ligar lá para casa. Foi no dia de Natal a resposta que a gente teve. Então, para ele, foi horrível, todo mundo sabia do tratamento, porque eu não escondo de ninguém, aí todo mundo estava sabendo que eu estava fazendo o tratamento, todo mundo queria saber, né? Mas ele não queria conversar, ele ficou arrasado, muito arrasado (RENATA).

Renata faz uma crítica velada à participação do marido, minimizando-a, assim como o padecimento dele, como se tudo o que ele estivesse sofrendo fosse

pouco. Para ela, porém, significa muito pouco, diante do que ela própria tem de passar.

Nessa história, a identidade feminina se engrandece pelo sofrimento, fortalece o estereótipo de “mater dolorosa”, “mulher sofre”, etc. Aumenta o espectro de um restinho de poder que não se deseja ser totalmente perdido diante da “doença” e da intervenção externa. A dor e o sofrimento não causam o mesmo impacto para a identidade masculina, a infertilidade se confunde com impotência, o homem diminui, torna-se “menos macho”, menos homem, diante de si, de sua mulher e dos outros.

Ele só não vai muito aos ultra-sons e colher o exame de sangue, que ele viaja e não pode, mas durante a transferência e a coleta de óvulos ele está sempre, até porque ele tem de tá mesmo, né? Agora durante a transferência não, mas ele está sempre presente. Agora, presente assim, a pessoa física, né? Porque ele não emite nenhum som em relação ao tratamento. Eu tento conversar com ele e tal, mas ele diz não, não quero nem saber, porque senão eu vou ficar aperreado. Não conversa de jeito nenhum, muito pouco ele conversa, nem com amigos, nem comigo. (...) É uma coisa que ele bloqueia na cabeça dele, até porque a personalidade dele é muito pessimista, tanto é que ele diz que vai dar errado. Aí eu acho que ele se angustia mais do que eu por conta disso, porque para ele vai dar errado isso aí, ele já começa a coisa, uma coisa que no final vai dar tudo errado (RENATA).

Acreditamos que esse velho recurso estóico feminino pode também contribuir para colocar a situação da mulher como participante ativa do processo, uma vez que tudo se passa entre ela e o médico, como resgate de uma parcela de poder e controle sobre a progenitura que ela ainda pode ter. No caso de Renata, ela procura saber tudo sobre a técnica e as intervenções, questionando e opinando no tratamento.

Eu sei que ela sabe o que está fazendo, mas eu preciso saber o que ela vai fazer comigo, porque é comigo que ela vai fazer, não é com ninguém, né? (...) Porque é um assunto que me envolve, então eu não vou ficar tomando mil e uma drogas, gastando uma fortuna de dinheiro para o médico chegar e passar qualquer droga, aí engordar, passar mal, essas coisas todas. Então eu procuro saber todos os aspectos possíveis. Eu estou lendo, então quando eu vou ao médico eu já vou aí pergunto porque esta técnica, porque prefere esta, porque escolheu esta droga, porque foi feito isso? (...) Então eu conto essa história de meu marido não querer falar e ela diz ser comum o marido não querer. É droga, é injeção e não sei o quê, não, você pensa que para ele é muito mais fácil do que você, mas ele vê você passar por tudo isso e superar com muito mais maturidade do que os maridos que estão lá, são todos muito mais frágeis

em relação de cabeça e tal, vendo o sofrimento da mulher, ele vendo dar errado e se sente impotente em relação ao que está vendo. Para ela eu apenas passo que, na verdade, é outro problema essa questão de não participar. De um lado ele participa, mas vai embora, mas quem participa de todo o processo, na verdade é você e o médico, o marido fica meio de fora, de proteção, assim (RENATA).

Nesse sentido, a sexualidade do casal se vê como para nada servindo, nem prazer, nem procriação. Se no tratamento à base de estimulação hormonal a relação sexual é superindicada, mesmo quando não é desejada, no ciclo de fertilização *in vitro* a sexualidade é restringida, não somente pelo efeito da medicação na libido feminina, mas também pelo efeito que um ato que não é suficiente, que não serve, faz no desejo do casal. E é restringida também porque não se pode “gastar um material tão precioso e escasso”, com um ato que nada proporciona.

E em relação você vê outras mulheres todas com filhos, a maior facilidade do mundo e se cria aquela coisa na sua cabeça, todo mundo tem filho, porque eu não tenho? Aí você se sente diferente das outras mulheres, afeta a vida sexual do casal e fica mais prejudicada, assim, não procura mais o outro porque parece que está procurando só para poder engravidar, aí fica aquela neura, às vezes você fica tentando para engravidar e não pelo prazer. Você fica muito tempo na hora e acaba relaxando mais e acaba de qualquer forma diminuindo a frequência de relações que você tinha anteriormente a esse tratamento. Então é isso, a medicação dá uma diminuída muito grande na libido da mulher, entendeu? Até, assim, conversei com a médica que teve uma época que eu não tinha desejo nenhum, nenhum, nenhum. Aí eu procurei. “Você é muito nova, precisa tomar remédio, quando você parar um pouco com esses remédios vai melhorar”. E, de fato, melhorou. Mas alterou de forma bastante significativa a libido em relação, por conta das medicações que eles bloqueiam todos os seus hormônios. (...) A gente tinha prescrição de não fazer [relação sexual] quando tivesse próximo ao tratamento, porque tanto eu não podia fazer muito esforço, como ele tinha de ter um acúmulo de espermatozóides para poder, no dia da coleta, ter uma quantidade boa de espermatozóides. E depois não podia fazer por causa do esforço. Então, quer dizer que ficava mais ou menos um mês sem poder ter relação, na época do procedimento mesmo de fertilização (RENATA).

Muitos casais empreendem uma pausa entre os ciclos de tratamento. A pausa, aqui, se faz necessária, mesmo com o engajamento e investimento em ter logo o filho esperado, para o casal poder respirar nessa corrida. Respirar diante de um relacionamento difícil, a que o desejo e o projeto comum de filhos vai dar resposta, e respirar diante da obrigatoriedade de relações sexuais prescritas, que não ajudam em nada o relacionamento do casal e parecem servir apenas ao

propósito de gravidez, e que também obrigam o casal a se confrontar com o desejo por um homem e por uma mulher, do qual o desejo de filhos se vê tributário.

A história de Denise reflete uma característica comum a muitos casais contemporâneos, pela qual dois indivíduos se conjugam em busca de um ideal de suplementação, já que a busca de cada um, singularmente, é de um ideal de completude. São dois seres “completos” e realizados que buscam se suplementar com a vida de casados e, nessa busca de complementaridade, o projeto de ter filhos passa a ser um ponto em comum, assim como o de erigir um patrimônio de cada um, e dos dois.

Em busca de tal ideal, a programação da vida em seus grandes objetivos e pequenos detalhes passa a ser o carro chefe, tentando calar a condição de imprevisibilidade humana que, não raro, surge, como no caso da infertilidade, e então o casal vê tudo que supostamente tinha, desmoronar. Se falta algo, algum detalhe, toda a construção já realizada também cai por terra, e eles se vêem diante de um vazio, de um abismo, onde vão confrontar tudo que antes não foi confrontado. Ela, como mulher; ele, como homem; os dois, como casal. O desejo de cada um pelo outro e o desejo de ambos por um filho.

Talvez seja em razão desse confronto com o imprevisível, o que não estava na programação, que Denise se queixa tanto de uma espécie de “trava” que não a deixa sonhar. Sonhar com a superação da dificuldade, sonhar com a gestação, múltipla ou não, a maternidade, com os filhos, biológicos ou adotivos, ou com outras possibilidades de simplesmente continuar em marcha, vivendo. Em sua fala, sentimos falta dos sentimentos que poderíamos encontrar em uma vivência como essa. O que encontramos é uma inibição, uma dificuldade de se expressar em afetos.

O sentimento é o seguinte: É que eu não estou... eu não sonho, entendessee? Eu acho que eu estou tão... super...assim querendo me preparar para uma coisa ruim, sempre naquela expectativa de, poxa, se der errado de novo, entendessee? Então, por uma proteção, uma autoproteção, né? Que eu não tenho sonhado, entendessee? Então, assim, sempre que eu vou sonhar eu não sonho, procuro não sonhar. E eu acho que isso é ruim. Eu não estou fazendo com que isso aconteça, eu estou meio para baixo. E muito ansiosa, mas assim, até a ansiedade eu estou conseguindo travar e deixar ela conviver. (...) Eu não consigo

me ver porque eu ainda não consigo ver esse outro lado do espelho, porque eu ainda não estou me deixando ver. Eu consigo ter uma melhora e eu consigo, a gente consegue melhorar quando eu consigo admitir as minhas falhas, sabe? Quando eu consigo aceitar que eu já estou errando de alguma forma, então eu já estou aceitando que eu estou travada. Que eu estou travando para não sonhar, não ter, não planejar, não pensar no filho, nos gêmeos, tá entendendo? Então, eu já admitindo isso já é um progresso. É sinal de que eu preciso mudar, entendeu? Já é um progresso (DENISE).

Para nós, fica a sensação de que é uma corrida que se liga muito mais ao correr em si do que ao chegar em algum lugar. O excesso de programação, a ânsia por previsão, em Denise, colocaram-na num momento de encruzilhada, que ela interpreta como trava e como impossibilidade de sonho, mas que talvez sirva para outra coisa, não apenas fazer projetos e esperar cumpri-los, como etapas de um ter de fazer desesperado, mas que ela se permita afetar por toda essa situação, que ao desmoronar, possibilita algo diferente, que ela possa se permitir experimentar.

Além de todas as questões envolvidas no tratamento e na jornada que Bernadete escolheu empreender, algo muito marcante e que provoca muita ansiedade é o fato de seu marido impor o segredo em relação à fertilização. A identidade masculina e viril se vê muito reforçada pela paternidade efetiva, gerada, provocada e visível pela gravidez da companheira. Apesar de já ter um filho, não era suficiente, era preciso gerar filhos na nova esposa e incomoda muito o fato de outras pessoas saberem e perguntar.

As perguntas pedem resposta e é justamente a resposta o que o homem considerado infértil ou hipofértil não quer dar, pois ela significa uma provação pessoal enorme, um questionamento próprio muito desconfortável, móvel de uma angústia na base de sua identidade como sujeito e como masculino, com toda a carga e as construções sociais de gênero, que o masculino carrega. Já para a mulher, não poder falar sobre, não poder compartilhar, gera muito mais ansiedade, num início de tratamento já tão ambivalente, tão confuso.

Só que no final daquelas injeções, um mês, eu já estava me sentindo o quê... a ansiedade ia lá pra cima. E tinha um outro problema, nós não contávamos nada a ninguém. Ele não queria que ninguém soubesse. Isso nem os amigos mais íntimos. Só era eu e ele, nem minhas irmãs que moravam em casa. Aí aumentava a ansiedade, né? Porque não queria,

porque podia dar errado e depois iam começar a perguntar por quê, e ele não gosta muito de perguntas, sabe? Por quê? Por quê? Por quê? Então não contamos nada a ninguém, não contamos nada a ninguém e continuei tomando o remédio (BERNADETE).

Bernadete acredita que as dificuldades para engravidar, o tratamento de fertilização, apesar da imposição do segredo, contribuíram ainda mais para fortalecer o vínculo do casal, uma vez que assumiu um projeto comum e se realizou por ele. Apesar de não poder compartilhar sua experiência com outras pessoas, o casal conversava muito entre si. Ela não vê a questão da sexualidade do casal como sendo insuficiente para gerar o filho. Eles tomaram a questão pelo ponto de vista prático: o filho era o que eles queriam, e fazer uma fertilização, ou seja, necessitar de um terceiro para gerá-lo era o único meio, uma vez que o seu marido foi praticamente “condenado” à impossibilidade de poder fecundar espontaneamente.

Só fortaleceu, atrapalhar em nada. A gente tem... é bem interessante... Eu acho que o tratamento, as meninas e a gente já era muito unido...E isso fez com que a gente ficasse mais ligado, sabe? A gente... eu acho... a gente vive por elas, pra elas, a gente constrói tudo para elas. E em relação ao relacionamento da gente, eu acho que... foi essencial. (...) porque a gente sabia que se não fizesse dessa forma, naturalmente não ia acontecer., porque o médico dele já tinha dito. Difícil era acontecer, tinha de ser assim uma loteria, com bilhões, bilhões, bilhões de pessoas apostando no mesmo prêmio, entendeu? Então era muito difícil. E isso não incomodava a gente, sabe? Não incomodou em nenhum momento. Era só... aquilo ali era só uma etapa, uma fase, era só como se você tivesse tomando remédio, entendeu? Pra curar uma dor de cabeça. Eu acho que a gente foi muito prático em relação a isso (BERNADETE).

Ela nos conta que o “lado romântico”, apesar de importante, foi relegado a segundo plano, no projeto de ter filhos. Paradoxalmente à posição prática do casal, ela afirma que tudo foi feito como se natural fosse, há uma necessidade enorme de tratar o procedimento que empreenderam como sendo natural. A questão do natural, no que diz respeito à concepção, gestação e nascimento dos filhos é extremamente valorizada, não só pelo casal, mas pelos especialistas envolvidos. É como se a artificialidade do processo tivesse de ser desmentida e encoberta pelo resultado final: o filho nascido com vida. É um paradoxo que se afirma o tempo todo, principalmente na preocupação com o comunicação aos filhos da maneira como eles vieram ao mundo.

A gente, no caso, eu acho que isso não incomodou porque a gente não tratou a coisa assim com o lado emocional, entendeu? Não viu do lado romântico, entendeu? A gente viu o lado prático da situação. É tanto, olhe... só uma coisa... assim, a gente tratou de uma forma tão natural, tão espontânea, que às vezes eu esqueço que elas são “Bebês de proveta”. Sabe quando é que eu lembro? Quando alguém menciona, ou quando eu vejo na televisão. A gente tratou aquela coisa tão natural que ele às vezes também esquece. Ele disse que já chegou a ver, já se surpreendeu porque lembrou que era. É uma coisa que para mim nem aconteceu, faz parte, é parte da história, elas vão saber disso, a gente vai contar a elas como foi, o que aconteceu. Mas, às vezes, eu esqueço que elas são “bebês de proveta” [risos] (BERNADETE).

Simone, desde sempre, já sabia que poderia ter uma certa dificuldade em ter filhos, porém nunca imaginou que isso significaria dois anos de tratamentos e de espera, além da terrível experiência dos abortos. Como muitos casais, eles adiaram o momento de ter filhos para poderem se especializar academicamente e se estabilizar na vida profissional. A gravidez foi adiada à base de uso de contraceptivos, o que realmente nunca foi seguido à risca por Simone. Sua dificuldade em engravidar espontaneamente lhe foi útil durante algum tempo, pois mesmo sem evitar regularmente a gravidez, essa não se fez presente durante o tempo em que o casal ainda não desejava filhos.

O elemento surpresa contou bastante, uma vez que Simone, como a maioria das mulheres, tinha certeza de que quando desejasse a gravidez, teria o desejo como dispositivo suficiente para torná-lo ato e fato. A sua desconfiança com as garantias oferecidas pelo saber médico já se faz notar aqui, pois coloca em dúvida o que lhe foi assegurado, em vista do que materialmente veio a acontecer.

Meu problema, desde o começo, desde que eu fiquei mocinha, é que a minha menstruação era muito irregular. Eu tinha ovários policísticos, como a maioria das mulheres tem. E sempre o médico disse que eu não teria nenhum problema quando eu quisesse engravidar, eu teria que fazer realmente um estímulo. Aí tudo bem, pra mim não tinha nenhum problema, porque sempre me disseram que eu não ia ter nenhuma dificuldade de engravidar. E aí eu casei, eu fui morar fora. Então, a partir do momento que eu estava fora, a gente não queria ter filho, eu tomava anticoncepcional. Apesar de tomar o anticoncepcional muito erradamente, porque eu não consigo tomar comprimido todo dia, todo dia, todo dia. Eu não consigo, eu esqueço demais. Então, eu não engravidei, mas eu acho porque realmente Deus não quis, porque realmente eu tomava anticoncepcional errado. Quando a gente voltou, a gente ainda passou um ano, foi final de 99, passou o ano de 2000 para

tentar se estruturar. Aí em 2001, foi que a gente decidiu e eu, também sempre eu odiei tomar anticoncepcional. Vou parar de tomar anticoncepcional para a gente começar, né? A dar tempo para pensar e tudo (SIMONE).

A hipótese fornecida para o aborto que sofreu, de ser incompatível biologicamente com a pessoa que ama e a qual escolheu, além de trazer uma grande margem dolorosa, não a convence totalmente, mas é a única de que dispõe, e agarrar-se a ela é melhor do que vivenciar a angústia do inexplicável, a angústia de não compreender o que aconteceu e se aconteceria de novo.

Foi uma coisa inexplicável, não tem nenhuma explicação até agora. Eu fiz os exames que ela mandou, descobriu que eu e meu marido tem um certo probleminha com... que eu nunca tinha ouvido falar, de incompatibilidade de... incompatibilidade, é uma questão imunológica, sabe? Só que, é raríssimo, só que ela acha... ela pediu esse exame, mas, ao mesmo tempo, ela sabia que isso não... que era diferente do que aconteceu. Porque quando tem essa incompatibilidade, o que acontece é exatamente o que aconteceu com o terceiro, ele pára de desenvolver... Porque há uma certa... não... quando você engravida há um ataque no feto, e você tem que estar imune àquilo, àquele ataque, imunologicamente. E, no caso, eu sou muito semelhante a meu marido e eu não tenho esse ataque. E aí, sim, eu vou ter de qualquer forma de tomar umas vacinas ainda do sangue dele para poder me tornar imune, porque eu vou ter de fazer, mesmo eu sabendo que isso não foi causa do aborto dos meus bebês (SIMONE).

O pior, na vivência do tratamento de Simone, é a questão do relacionamento sexual do casal durante o tratamento. O que afeta o casamento é a obrigação de relação sexual quando se está ovulando, de doze em doze horas. Para ela, é uma coisa terrível, forçada, mecânica, que deixa os dois em um péssimo estado. Ela anseia por ser uma pessoa “normal” que tem relações sexuais por desejo, não por imposição, e que engravida do desejo e do fato sexual, e não apenas do fato biológico, do encontro celular. Para ela, o que afeta a relação também é a obsessão do engravidar, no entanto, ela fica presa à questão de que “não há outro jeito, então tem de ser assim”.

Mas afeta, afeta demais, porque é muito estressante. A gente, por exemplo, tem de tomar hormônios e depois, quando você está ovulando, você tem de ter relação de doze em doze horas. Então isso é terrível, porque só se você tiver de férias (risos) para estar bem relaxada. Porque você trabalhando, é complicado. Você chega do trabalho, antes de sair para o trabalho você tem de ter relação. Isso acaba... e assim tem que

fazer uma coisa sem vontade, manual, digo assim, forçado, meio que... né? Sem... então isso é ruim, isso é péssimo. Isso é muito ruim e... isso sempre foi terrível. Eu não queria que isso acontecesse. Tem que a pessoa estar com vontade na hora. Se não tiver... como qualquer pessoa normal, que consegue engravidar normalmente, é naquela hora que você está com vontade, não é por imposição. Ah, a coisa que eu mais odiava (SIMONE).

Em relação às possibilidades que a tecnologia oferece nesse campo, Simone mostra-se bem estimulada, principalmente por conta da pressão da família e dos amigos, embora ela mesma relute um pouco em relação a outras técnicas, principalmente a fertilização *in vitro*. A família e os amigos estimulam muito, até mais do que ela queria, às vezes, pois ela fica sem espaço para fazer escolhas diferentes de fazer os tratamentos, realizar todas as tentativas, ir até o fim para ter o filho gerado. Ela diz para si mesma que tem de estar aberta para o que vier, mas acredita que nesses procedimentos há mais complicações na gestação do que numa gravidez espontânea. A família aceita tudo, mas para ela realizar procedimentos mais complexos na reprodução assistida é ir um pouco “contra a natureza”.

Para Eliane e seu marido, a infertilidade e a necessidade de assistência de terceiros traz um sentimento de impotência muito grande, uma revolta também, na questão que eles endereçam ao divino, pelo fato de serem pessoas “boas”, que fazem tudo certo em suas vidas, e mesmo assim são penalizados.

A gente se sente impotente, impotente mesmo. Eu acho que... eu não tenho nem palavra para dizer isso. A gente se sente poxa, então a gente faz tanta coisa, a gente se acha tão bonzinho, tão isso, tão aquilo, a gente nunca fez mal a ninguém, tem gente que não quer e não sei o quê... A gente se achando penalizado por uma coisa... é como se diz, envolve muita coisa, envolve muita coisa complicada, porque não só a questão da maternidade em si, que poderia ter sido de outra maneira. Porque eu também acho que aqueles processos de... como é, que faz uma tabelinha, é o dia bom, não pode dias antes, não sei o quê, eu também não acho uma coisa muito natural, por mais que seja. Mas também eu acho que é sério também, é um tratamento muito... Aí né, da artificialidade, porque de qualquer forma entra (ELIANE).

Na experiência de Eliane, a questão da investigação chega ao ápice quando da descoberta que além dos problemas dela, em relação ao seu aparelho reprodutivo, o seu marido passa a entrar na cena como protagonista de

infertilidade também. A surpresa e o choque se afiguraram para o casal de uma forma avassaladora, o que foi reforçado também pela atitude da primeira médica que não teve cuidado nem pudores em seu diagnóstico, tratando com rispidez e desprezo a situação ocupada pelo marido de Eliane diante das dificuldades referentes à procriação, com uma expressão do tipo “este espermograma não serve nem para fazer fertilização”.

Mudança de especialista e mais investigações e cálculos e estatísticas, além de mais culpabilizações por parte de Eliane, seja em direção a si própria ou ao seu marido. A indicação para o casal se resumiu a duas opções: uma cirurgia para o marido, na tentativa de reverter a quantidade de espermatozóides no sêmen, e uma possível espera para o casal ver se conseguia engravidar via relacionamento sexual, que já não seria mais espontâneo, pois visaria a uma gravidez, e teria todo um monitoramento; e como segunda opção, uma fertilização *in vitro*, o que pouparia maiores investigações e exames, mas em compensação acarretaria uma intervenção maciça sobre Eliane, que assumiria em grande parte o tratamento.

Sob o ponto de vista de Eliane, a opção mais sensata seria a primeira, sobre a qual ela estava praticamente certa. Mas a sua surpresa em relação à escolha do marido, uma fertilização, desencadeou, para ela, uma crise em seu relacionamento. Ela atribui a opção do marido a uma questão de gênero, “mal de homem”, ou seja, não suportar o sacrifício (a dor), não ter coragem para enfrentar uma cirurgia, o que, “ao contrário”, as mulheres sabem bem fazer. Eliane se viu muito afetada pela questão e refletiu sobre sua concepção acerca do tratamento, como algo que, na verdade, apresentava-se muito doloroso, não apenas do ponto de vista físico, mas afetando relacionamentos, provocando mal-estar e sofrimento.

A escolha do marido também repercutiu para Eliane em questões de maturidade de cada um, e da relação do casal, pois para ela a mulher assumir uma posição madura significa poder fazer tudo para ter o filho desejado, mas o homem se guarda numa posição infantil, quando recua diante dos primeiros obstáculos, principalmente se incidem sobre seu próprio corpo.

Eliane, que estava em processo de psicoterapia, em virtude da dificuldade de engravidar, esperava mais do Homem, ou seja, o Homem do qual ela tanto esperava podia não ser o seu. Ela se via diante do seu ideal de companheiro, metáforas de príncipes valentes, que tudo enfrentam e atendem a todas as expectativas, e quando deixam de atendê-las, já não servem mais. Ela se via em um intenso debate entre o Homem ideal e o homem que estava ao lado dela, e depois passou a pensar no medo real dele de se submeter a uma cirurgia, não apenas do ponto de vista do procedimento, mas do ponto de vista dos significados que envolve e de suas vicissitudes como um todo, ou seja, fazer uma cirurgia para tentar “recuperar” os espermatozóides, também símbolos de sua masculinidade.

Mas, para a gente, dentro do que ele tinha feito, faz uns cálculos, né, as coisas todas. Só poderia ser essa fertilização. E aí caberia à gente naquele momento decidir o que é que a gente queria fazer. Se a gente ia fazer cirurgia, e esperar, e aguardar para ver se conseguia pelo método normal, ou se a gente ia partir mesmo para a fertilização. Talvez para ele não, mas para mim tenha sido, foi muito forte, porque naquele momento eu esperava que ele fizesse a cirurgia, que ele tomasse a decisão para fazer a cirurgia. E, no entanto, não foi o que ele quis fazer. Por medo, talvez, ele tem muito receio, não é muito corajoso em relação à cirurgia, sangue, essas coisas todinhas. Não sei se é mal de homem, não sei. Não gosto muito desses estereótipos não. Mas naquele momento eu achava que ele ia fazer a cirurgia, tava muito claro na minha cabeça, que eu não ia partir para uma fertilização sem antes fazer isso. E, no entanto, não foi a resposta que ele disse. Para ele não, “vamos fazer a fertilização. Pode-se fazer uma coisa sem precisar eu ir para a cirurgia, então vamos fazer a fertilização”. E aquilo pra mim foi muito doloroso (ELIANE).

No entanto, diante de todas essas reflexões que Eliane empreendeu em silêncio, pois seu marido não se dispunha muito a falar sobre o assunto, ela não pôde evitar uma sensação de que estava “fazendo um filho praticamente sozinha”, sem a participação dele, reduzida esta última ao fornecimento do “escasso material”. Toda a abdicação, a renúncia e o padecimento que o processo inclui recairia sobre ela, além do peso da questão financeira e do fato de que não havia garantias nem certezas, só possibilidades.

A princípio ela reage com uma retaliação imediata do tipo “se você não faz eu também não faço”, porém depois resolve “ceder” em nome do filho e também para poupá-lo (o marido), para sacrificar-se por ele. Uma vez que ele não tinha

condições, ela teria por dois, o que, sem dúvida, reforça a posição da questão de autogerar, do poder que isso envolve, e também da decepção que fica.

Pra mim foi muito assim, foi muito infantil. Porque fica assim, eu, eu posso tudo para ter um filho, mas ele tem as restrições, né? Ele é muito... pra falar as coisas é um pouco complicado, né, pra chegar e colocar. Aí, assim, depois eu fui analisar o que é que tava significando para ele essa cirurgia. Que era assim uma coisa realmente de receio, muito receio, e aquela coisa todinha. Aí acabamos que decidimos realmente fazer a fertilização. Ao mesmo tempo, assim, eu disse: “poxa, eu vou fazer o filho só, praticamente”. Porque a contribuição dele é recolher o material e dar. E eu que vou levar injeção, eu que vou deixar de fazer uma série de coisas, abdicar de uma série de coisas na vida por conta disso, né? Passa tudo isso. Eu digo a ele que realmente aquele momento foi um momento de crise no casamento. Porque eu, ou você decide ter um filho, ou você decide também não quero desse jeito, também não vou fazer a fertilização. Se você não faz a cirurgia, eu não faço a fertilização, e a gente vê o que a gente quer da vida, da relação, da gente. Mas aí a gente conversou e assim, daí relação é ceder. Isso e por causa do desejo grande. Disse: “não, então a gente vai fazer” (ELIANE).

Todos estes ingredientes viabilizam uma mistura de grandes proporções e repercussões não apenas sobre o casamento, mas sobre o ser homem e o ser mulher e a paternidade e maternidade de cada um.

6.3 O investimento do casal.

A partir do diagnóstico de infertilidade, nem sempre preciso, da indicação aos especialistas e das intervenções realizadas, as mulheres e os casais vão se deparar com um fator muito importante: os custos do tratamento. Por ser uma intervenção muito cara, não raro as pessoas tomam um grande susto, pois jamais se prepararam para um fato demasiadamente inusitado para elas, a não ser que já procurem os serviços informadas de todos os aspectos do tratamento, inclusive, o preço.

Os elevados custos de certa forma também impedem as pessoas envolvidas de procurarem outras áreas profissionais, que poderiam, certamente fazer parte de um tal empreendimento. No caso de Renata, ela nos fala a respeito da necessidade de procurar um psicólogo, porém o fator investimento financeiro pesa muito em sua decisão, pois todos os recursos do casal vão ser carreados

para custear o tratamento médico. A questão do dinheiro, aqui, ganha um peso enorme, na medida em que, é a partir dele que as intervenções e a “ajuda na realização do sonho do casal” poderão ser pensadas.

Aí ela disse [a médica] “olha, vocês só vão conseguir engravidar quando fizerem fertilização [in vitro]. Aí começou todo o drama. Porque a fertilização era toda cara, as medicações são caras e a gente não tinha se preparado para isso. E não tinha a menor idéia que tinha de partir para isso. Mas a gente botou na cabeça, vamos juntar dinheiro, a gente ainda está novo e tal, e quando juntar o dinheiro a gente vai e faz a fertilização. E, assim, achei a médica muito fria. “Quando vocês resolverem, voltem aqui”. Aí eu, poxa, tá bom. Quando tiver dinheiro vou fazer, né? (...) Na verdade eu estava querendo fazer fertilização para acabar com tudo aquilo. Aí deixei de freqüentar a médica porque ela disse que só voltasse quando tivesse dinheiro... É, quando eu resolvesse fazer, eu iria, porque era a única forma de que eu pudesse engravidar (RENATA).

O investimento financeiro ganha um *status* de um investimento total, uma vez que todos os outros projetos do casal (como aprimoramento profissional, viagens, patrimônio, lazer) ficam em último plano, diante desse investimento maciço, traduzido também pelo dinheiro, em ter o filho. Os gastos com o tratamento atravessam a fala de Renata em vários momentos:

Mas tudo gira em torno... Ainda hoje eu estava angustiada, porque recebi esse panfleto aqui com um curso de ..., que eu tinha vontade de fazer. Mas eu não faço nada antes que eu tenha um filho, porque o curso é em agosto. Se eu engravidar provavelmente vou estar em repouso. Eu posso não engravidar, mas aí eu vou gastar o dinheiro que se eu engravidar eu não vou poder fazer. (...) Quer dizer, inúmeros cursos eu tenho vontade de fazer, viajar e fazer cursos fora, para poder voltar e atuar aqui. Mas tudo eu deixo para depois disso aí. Então, como deu errado, eu tô aqui há muito tempo, muitos projetos meus. Na verdade, tanto angústia porque deu errado, quanto angústia por deixar de fazer. A vida está passando, todo mundo tá fazendo as coisas, você tá parado, girando em torno de um problema. (...) A gente pensa em trocar de apartamento, mas eu não posso gastar nada, porque pode ser que precise para comprar medicação depois. Vamos dizer, eu penso em trocar meu carro, não posso trocar, porque eu não posso assumir nenhum débito que depois possa vir a faltar, por conta do tratamento. E se der errado agora? Vou ter que fazer outro. Se eu estiver disposta a fazer outro, vou ter de gastar mais seis mil reais. Então, no ano passado, eu tava fazendo as contas, do ano passado para janeiro, eu gastei em torno de quinze mil. Eu fiz um empréstimo, juntei dinheiro, correndo para poder arranjar dinheiro (RENATA).

No caso de Denise, ela se espanta e se frustra, uma vez que a gravidez facilmente e espontaneamente não acontece, e é pega de surpresa, inclusive,

financeiramente, pois nunca passou pela sua cabeça ter de fazer uma reserva monetária com tal finalidade. O que o casal consegue acumular em resultado de seus investimentos profissionais vai escoar totalmente para os tratamentos contra infertilidade.

E o grande problema é dinheiro, eu tenho um plano de saúde, mas o plano só cobre a consulta, quer dizer, a cirurgia cobriu. Mas, assim, tudo quanto é remédio eu tenho que partir para comprar por fora. E a gente gastou quase três mil reais, Um dinheiro que a gente também não tinha e queria fazer porque não queria parar o tratamento. E a gente fez, e aí mais uma vez deu errado, né? E está nesse pé. E aí a gente voltou ao consultório e ela sugeriu a gente fazer inseminação. Mas uma inseminação custa mais ainda, não é mais três mil, chega a quatro, cinco mil. E a gente tinha descapitalizado tudo, não tinha dinheiro, nem tinha reserva, não fez uma poupança. Eu acho que esse tipo de coisa a gente não se programa para acontecer, a gente nunca pensa que isso vai acontecer com a gente (DENISE).

Juntar o dinheiro necessário para pagar o pacote de tentativas para engravidar, junto à clínica paulistana, era um dos grandes obstáculos que se colocavam para Beatriz, além das complicações que ela sempre apresentava todas as vezes que se submetia à FIV. O investimento foi total, todos ajudaram, ela usou tudo que tinha de reserva e expectativa de reserva e também abriu mão do trabalho definitivamente, em nome de ser mãe. Toda a angústia de Beatriz agora foi canalizada para o fato de ter de arrumar dinheiro para cobrir o tratamento. Esse é um divisor de águas em sua vida. Sua vida agora se coloca em antes de Dr. S. e depois de Dr. S. Bastante fragilizada pela situação, ela se atira completamente nessa nova empreitada, aposta tudo nisso.

Que eu cheguei lá, não tinha condições. Aí ele: “Você quer ser mãe?” Você se desaba, você desaba, desmancha. Então a gente chegou, foi, passou um cheque e deixou lá voando. Minha mãe ajudou, um restinho que eu ainda tinha guardado. E eu cheguei no trabalho, aí eu fui no FGTS, no Fundo de Garantia, ver quanto eu tinha direito, tudinho, dava para pagar, junto com o que minha mãe tinha arranjado e com o que a gente tinha guardado. Dava para cobrir o cheque, mas, assim, todo o resto foi no cartão e um ano depois ainda tava pagando, passagem, tudo. (...) “Olhe, pelo amor de Deus, me demita, que eu tô precisando desse dinheiro”. Aí ele disse: “Mas tu vai arriscar isso tudo?” Eu digo: “Vou arriscar, mesmo sabendo que pode não... mas pelo menos eu tentei, né?” Aí, botei pra chorar logo. Eu sei que agilizaram tudo numa semana, até o Fundo de Garantia eu tava na mão. A reserva de Fundação, de seguridade, aí a gente pagou, conseguiu pagar, e começou o tratamento

sucessivamente, né? Foi um investimento total, a gente ficou... tudo, tudo, tudo. Só faltou assim vender apartamento, vender carro (BEATRIZ).

Os custos atuais de tratamentos de fertilização assistida variam muito, conforme as clínicas, as equipes (e as estrelas) que estão à sua frente, a complexidade das técnicas, as técnicas auxiliares, entre outros. Consultando sites de diversas clínicas de fertilização, em todo o país (nas raras vezes em que explicitam os preços), e pesquisando em reportagens mais atuais nas diferentes mídias, cada tentativa de fertilização in vitro, considerando também os custos da medicação e procedimentos de biópsia e diagnóstico embrionário fica em torno de oito a quinze mil reais.

A técnica da ICSI costuma ser ainda mais cara, mais de quinze mil reais. Como, geralmente, são necessárias mais de uma tentativa, gasta-se muito mais. Procedimentos de menor complexidade, como a inseminação artificial, custam em torno de dois a cinco mil reais.

Sabe-se que uma grande parte do preço total equivale à medicação utilizada, muito cara e de validade curta. Os serviços públicos de reprodução assistida, na maioria das vezes, não cobrem as despesas com medicação, ou oferecem preços bem mais acessíveis, por utilizarem outras alternativas de medicamentos e procedimentos de menor complexidade.

Os serviços privados de reprodução assistida, muitas vezes, oferecem alternativas de pacotes de tentativas, que saem mais barato do que cada tentativa individual, e oferecem possibilidade de parcelamento de despesas. Existem também parcerias entre empresas privadas e laboratórios que oferecem custos menores e parcelamento, disponibilizando, inclusive, créditos para o caso da mulher não produzir folículos, como em São Paulo, onde a FIV baixa para seis mil reais e a ICSI, para sete mil reais.

E ainda existe administradora de plano de saúde que cobre tratamentos de reprodução assistida, em Clínicas de São Paulo e de Campinas, pagando metade do preço médio. Assim, faixas da população que antes não tinham acesso aos tratamentos de fertilização, em virtude dos altos custos, estão podendo utilizá-los,

como as camadas médias sociais, grandes consumidoras das técnicas, atualmente.

Como vimos, na fala de nossas participantes, o investimento monetário tem um peso enorme, pois significa o sacrifício, ou a renúncia, de outros investimentos, não só para financiar o tratamento, mas também em virtude do aumento significativo das despesas no orçamento familiar pós-parto, principalmente quando são múltiplos.

Todavia, o investimento nesses procedimentos de fertilização não é apenas monetário, mas também libidinal. É energia que se deposita no outro, é esperança e delegação. A finalidade do investimento - a criança - é apenas o ponto final de um caminho que compreende diversos deslocamentos e investimentos parciais. Dinheiro em nossa cultura capitalista é aquilo que, ao mesmo tempo, pode ser trocado por tudo que se imagina e aquilo que sempre falta, nunca é suficiente. A mais-valia do capital significa que uns poucos se apropriam de um “a mais” obtido a partir da renúncia, ou seja, de um “a menos” de muitos outros.

O interessante, e esquisito, é que, subtraídos os eufemismos de uma função nobre, de um sonho sublime - ter filhos - é a criança que, no final das contas, está sendo comprada. Percebemos que, nos comentários brincalhões do tipo: “paguei um e levei dois, ou três”, há uma equivalência da criança com o produto final da engrenagem movida pelo capital. Trata-se do movimento de apropriação dos fatos da vida, e da colonização e monetarização dos desejos pelo capital, que passamos a conhecer a partir da modernidade.

6.4 Os especialistas da procriação.

A demanda de filhos de um homem, de uma mulher, de um casal, diante de um momento de infecundidade, é dirigida ao profissional médico, através de múltiplos deslocamentos históricos que colocaram a medicina na posição de quem repara falhas e atenua sofrimentos.

A busca por especialistas tem uma dupla finalidade que nos chama a atenção. Por um lado, é uma busca por alguém que a “entenda” e, ao mesmo

tempo, aponte o seu problema de maneira concreta: causa, intervenção e resultado. A mulher deseja o diagnóstico e a direção do tratamento concretos, mas também a escuta desse outro lado dela, que ninguém parece estar escutando. A terapia de casal funciona como escuta e local, onde o casal pode se expressar e se enxergar em seus sentimentos, inibições e contradições. O especialista em fertilização funciona como aquele que vai apontar o problema da infertilidade, dar informação, fazer previsões e oferecer resultados.

O relacionamento com o médico, para Renata, vai além da questão da competência técnica. Há uma demanda de cuidado, de confiança, que é o que dá suporte às desconfianças e ambivalências referentes às técnicas e procedimentos envolvidos no processo de fertilização extracorpórea. Para se sentir mais segura, Renata procura se informar e estar a par de tudo o que acontece durante o tratamento.

Já a outra tem um laço de amizade que foi formado anteriormente ao próprio relacionamento médico-paciente. E, assim, hoje em dia o relacionamento com ela é bom, a gente é amiga, ela está sempre torcendo, diz “que se Deus quiser vai dar certo e a gente está junto” e “agora é uma questão minha”, então ela dá muita força, entendeu? Aí, assim, minha relação com ela é superboa, inclusive agora, neste último tratamento, “eu vou tentar para ver se consigo medicação”. Então, quer dizer, ela faz de tudo para que dê tudo certo. (...) Então, além da relação médico-paciente, tem a relação de amizade, aí isso conforta mais o casal, deixa você mais segura, até porque quando eu vou a ela, ela me explica como vai ser o procedimento, o que é que eu estou sentindo, o que é que ocorre, qual, para que serve cada droga, entendeu? Eu acho isso muito importante e muitos médicos deixam para eles, “isso aí é com a gente”, entendeu? Na verdade o paciente tem essa, a ânsia de saber o que vai ocorrer com ele (RENATA).

A figura do médico e as expectativas geradas por sua posição no relacionamento e na situação difícil vivida pelo casal parecem ocupar uma dupla função. De longe, ele é o profissional, a competência, a perícia, o nome, a sumidade. De perto, ele é demandado através do cuidado, da atenção personalizada ao casal singular, a empatia, o carinho, segurança e afeto é a via dupla na qual Bernadete vai colocar o seu relacionamento com o especialista médico (e com o conjunto de elementos que compõem o *setting* de uma clínica de reprodução, o laboratório, os assistentes).

Eu já via Z., assim, profissional, como uma assumidade, né? Eu conhecia por jornais, o pessoal da família tinha uma pessoa que já tinha feito tratamento com ele, né? Que eu conhecia. Então, como profissional, eu já sabia que Z. era dez. Quando eu conheci, sabe aquela coisa do santo se bater? Parece que eu, Z. a gente se conhecia de outra encarnação. Porque... E hoje eu adoro, eu amo. Eu amo Z.. Mas Z., eu acho ele uma pessoa... quando eu conheci eu achava ele uma pessoa doce, carinhoso, atencioso. E eu acho que isso por eu ter conhecido eles, a gente conversar, “eu não tenho dinheiro para fazer isso, não posso”. É uma situação assim, o pessoal faz, não, não sei o quê, dá desculpa, né? Não, eu me sentia tão bem com eles que eu contei isso a eles, que eu não podia fazer, ta entendendo? E por Z., em termos de profissional, eu garantia. Eu me sentia muito segura com Z (BERNADETE).

Na história de Beatriz, a figura do médico especialista passa a ser fundamental para a sua maternidade. O que mais conta nele, para ela, é a segurança, assistência e presença. Ele é, sem dúvida, o grande responsável por ter dado o filho desejado pelo casal. É pela mediação de um terceiro, para um marido insuficiente, e pela coragem e sofrimento da mulher que se oferece em sacrifício, pelo filho e para fazer do marido um homem, que o filho se torna possível. Diante de uma situação entremeada de cientificismo, de visibilidade do tratamento, de fé, de religiosidade, de razões financeiras, a sexualidade do casal fica em segundo plano, assim como o desejo de um pelo outro, o desejo de ter e de dar um filho ao outro.

O que caracteriza a relação com o médico aqui, muito mais que um médico comum, mas sim um artista, um produtor de realidades, é uma idolatria, uma relação de fãs, um poder incontestável e inquestionável, uma admiração pelas possibilidades de intervenção e de manipulação humana sobre a vida, sobre o real. Manipulação que, muitas vezes, não se considera humana, pois o especialista passa a ser recoberto de emblemas divinos.

Eu acho que é muito importante, porque o daqui me vendeu ilusão, né? E uma coisa que... se ele tivesse até acessado o site de Dr. S., lá tem todos os procedimentos a serem tomados, ele descreve as... tudo o que você sente e o que deve ser feito em cada estágio desses problemas. Eu acho que nem ler sobre o assunto não leu. E, assim, eu achei muito amorismo. Eu acho que a figura do... o preparo do médico é muito importante, porque ele... ele tá manipulando com os seus sentimentos, né? Ele tá ali... tchau mamãe, vá para casa, vá preparar seu enxoval. Dr. S. não, ele chega e diz: “Você tem tantos... pelo seu caso, pela sua idade, pelo problema de seu marido, por todo seu quadro clínico, você tem tantos por cento”. Ele me disse, eu tinha 44% de chance em cada

tentativa e 88% de chance nas três. Em três seguidas. (...) Eu acho que é uma segurança que ele transmite a você, sabe? Que é importante demais. Aqui eu fiquei desamparada, porque eu ficava, sentia alguma coisa, não, nem me via. Lá não, ele queria que eu fosse todo dia lá. Da primeira com Dr. S. para a segunda, já foi diferente. Ele já mudou a tecnologia, mudou o tempo de esperar para implantar, meio de cultura. Ele faz uns buracos, uns furos com raio laser para aderir melhor. Hoje em dia ele já tá escolhendo o sexo. Sim, Dr. S., ele seleciona, assim, doenças embrion... genéticas, hereditárias, ele já tira. Ele tá tirando até o vírus da AIDS do esperma e do óvulo e faz um embrião sadio. Então, ele investe muito em tecnologia (BEATRIZ).

A experiência que Beatriz compartilha conosco é riquíssima. Finalmente, ela conclui com a sensação de ter feito o que era preciso ser feito, para não ficar com o amargo gosto de “e se eu tivesse tentado”. Para não se arrepender por não ter feito, ela tentou até conseguir. A questão maior de sua história, que fica muito marcada, é a mediação do especialista. Nem a gravidez espontânea, conseguida depois, diminuiu o acento da primeira gravidez. A segunda foi mais tranqüila, mas, com certeza, não teve o mesmo brilho e glamour da primeira.

E é “beijando o chão onde o especialista pisa” e legitimando a sua eventual frieza e objetividade, como a posição de quem “pode” – e realmente tudo isso é para “quem pode” - que ela agora ocupa a posição familiar e social que desejava. E segue muito satisfeita com a sua vida, pois conseguiu essa vitória por sua luta, fé e persistência.

Em relação à experiência de outra de nossas participantes, Simone, como o “pequeno estímulo” realizado conforme o tratamento convencional feito com o ginecologista, à base de comprimidos, não deu certo, ela, por indicação e aconselhamento de outras pessoas, resolveu partir para procurar um especialista. Ainda meio surpresa e relutante, diante da dificuldade que se estabelecia e que fugia ao seu controle e ao poder de sua escolha e decisão, ela aceita procurar um especialista mais pela conveniência de ser perto de sua casa, do que propriamente por sua mobilização ou pelo nome do especialista.

Aí eu pedi a meu médico pra, como eu deixei, ainda passei uns seis meses sem engravidar. Aí, meu médico, meu ginecologista começou com um tratamentozinho simples, que é só com comprimido, e não deu resultado. Aí foi quando eu fui para Dra. Z. [especialista em fertilização], que é aqui pertinho, que sempre me falaram dela. “Ah, Dra. Z. é boa!” E foi mais por ser perto, mais pela comodidade do consultório ser perto. Eu fui a ela, a gente começou do início, né? Só que os comprimidos, a gente

via pelo monitoramento que eu não ovulava, os comprimidos não estavam dando resultado (SIMONE).

Para Simone, o médico tem de entender a situação e a singularidade da pessoa que o procura. Experiências de teor comercial, na relação médico-paciente, para ela são chocantes, pois é algo que remete diretamente à fragilidade e ao desamparo da mulher e do homem que procura um especialista em fertilidade. O que ela demanda, verdadeiramente, é cuidado.

A investigação é maciçamente do ponto de vista médico, pois em nossa sociedade a demanda de filhos é dirigida ao médico, principalmente no curso das intensas pesquisas e desenvolvimento de técnicas em torno da infertilidade. No caso de Eliane, ela também procura uma psicoterapia para dar suporte e ajudá-la a lidar com o fato gerador de muito mal-estar, que é a dificuldade ou impossibilidade de engravidar.

Aí a gente foi... aí eu comecei, né? A ir para a minha ginecologista normal. Aí ela sempre, ela sempre tava cobrando as coisas: "Tá no tempo já de ter filho, e tal". Eu comecei a menstruação irregular, né? Já começou a apresentar que eu tava com pólipos. "Não, está tudo bem", diz para os seus amigos e tal. Mas deixa que, no fundo, no fundo você ficaria muito feliz se estivesse grávida. Mas aí é quando as coisas começam, né? A ficar mais evidentes. Ou você se coloca, você vai, ou você realmente não vai poder ter essa tão sonhada maternidade. E aí foi também quando, eu acho, que o meu irmão mais velho, porque eu sou a mais velha (das mulheres), a esposa engravidou. Foi quando realmente eu senti que aquilo tava me afetando de uma maneira muito, assim, direta. "Será que eu também não ia poder ter filho?" Aí teve essas questões todinhas e, ao mesmo tempo, eu tinha uma amiga que também tava passando por esse processo, fazendo fertilização, já tava na segunda tentativa, tava partindo para a terceira. E eu vendo o sofrimento dela, essa coisa todinha. Então foi uma série de coisas (ELIANE).

A psicoterapia também se encaminha para lhe dar condições de lidar com as dificuldades em seu relacionamento com o marido, o que a investigação e o tratamento médico vão acionar em virtude da própria dinâmica inevitável de culpabilizações mútuas ou, talvez, apenas trazer para a luz o que já existia.

É importante acrescentar aqui, e que é um dado que os médicos nos fornecem, a questão da relativização e da depreciação do saber médico pelas pessoas que procuram a reprodução assistida. Em muitos casos, são pessoas que

se lançam em pesquisas sobre o assunto, que procuram saber a respeito das clínicas, dos especialistas.

Assim, da mesma maneira que assistimos a uma certa idolatria das pacientes pelos médicos, também acontecem atitudes de desmerecimento da capacidade médica, de descrédito, inclusive, de agressividade, pelas pacientes. É um fato que se dá, sem dúvida, no âmbito do legítimo direito delas de fazer uma crítica ao procedimento, quando fazem, ou quando sofrem do adoecimento e do risco, em decorrência do tratamento, mas que também acontece simplesmente quando tentam e não conseguem a gravidez idealizada. Dessa maneira, rapidamente, condenam e renegam aquele especialista em prol de outro, exercendo um deslocamento, muitas vezes, contínuo e freqüente, uma verdadeira “dança” de especialistas.

6.5 O especialista “psi”.

A entrada do profissional da escuta nos processos que dizem respeito à procriação se vê dificultada em virtude de ser uma demanda dirigida ao médico, em primeiro lugar, pois o que se coloca em questão, antes de qualquer coisa, para as pessoas é a vinda do filho, ou seja, o resultado, o fim da cadeia desejante, fecundante, procriativa. O que se passa, o que sobra, o que fica nas entrelinhas, nos espaços confusos e incógnitos do desejo de filhos, da feminilidade, da masculinidade, da conjugalidade, nem sempre configura demanda a ser dirigida ao profissional psicólogo ou psicanalista.

A infertilidade, igualmente, é um ato de fala, fala dos homens e mulheres que reclamam a ausência de filhos e, como tal, demanda uma escuta (CHATEL, 1995). No entanto, o papel do profissional “psi” na clínica privada da reprodução assistida tem sido o de acompanhante e colaborador, de acordo com as práticas médicas. Eles são colocados, e também se colocam, em uma posição de quem vai ajudar o médico e o sucesso do tratamento, ajudando a aliviar a dor das pacientes, dando suporte nos momentos dolorosos do processo, como o sofrimento nos exames, o resultado negativo no teste de gravidez, o aborto, a prematuridade.

Não que essa posição não seja importante e necessária ao tratamento para engravidar, ao contrário, é muito importante para todos os envolvidos. Porém, se conformar e se limitar a essa posição significa renunciar à escuta, que é o que caracteriza o profissional psicólogo, pois a escuta implica interrogação, questionamento, afetação, abertura, desvelamento do impensável, irrupção do inédito, o que de certa forma não cabe bem no processo de reprodução assistida, que visa ao resultado final.

O campo da fecundidade e procriação humanas é por demais complexo, remete a vários campos do conhecimento e produz um fenômeno multidimensional. No entanto, por deslocamentos diversos, como já vimos, esse campo tem sido colonizado prioritariamente por disciplinas como a medicina e a biologia.

Tais disciplinas pertencem ao grupo das epistemologias fortes, no discurso da ciência, que se fazem representar pela existência de um sujeito do conhecimento - um pólo ativo - os especialistas; e um objeto de intervenção, um pólo passivo - o paciente. As ciências humanas, apesar de totalmente implicadas no tema da procriação, especialmente a psicologia, desde sempre se mantiveram no ambiente científico, a custo de um mal-estar (FIGUEIREDO, 1996).

Sabemos que o campo da psicologia não se coaduna com uma epistemologia forte, nem com a proposta de um sujeito ativo diante de um objeto passivo na relação clínica. Apesar disso, parte do campo psi e muitos psicólogos continuam tentando fazer parte do seletivo grupo epistemológico forte, pagando tributos para ter vez e voz naquele grupo. Para isso, muitas vezes, renunciam à escuta e ao cuidado, próprios da psicologia clínica.

A clínica “psi” e a atuação do psicólogo nos diversos ambientes profissionais, como o consultório privado, o ambulatório público, o hospital, o centro de reprodução, a equipe multidisciplinar, se rege pelo compromisso com a escuta, seja do aparente, do dito, do bem dito, do mal dito, do interdito pelo sintoma, do não dito, do que fica nas entrelinhas, do mal-estar, do querer e não querer, assim como a sustentação do conflito, da ambivalência, do imprevisível da condição humana.

Tal comprometimento não pode estar submetido a lógicas de mercado e éticas de consumo. A ética da psicologia só pode ser a ética do cuidado e o compromisso com o político, o social e o estético, a singularidade, a criação permanente que cada um faz da sua existência (FIGUEIREDO, 1996).

O campo da multidisciplinaridade, tão falada na clínica e, em especial, nos centros de reprodução assistida, muitas vezes se reduz a um simulacro de diálogos, que nada mais são do que monólogos consecutivos de cada profissional, onde um tolera a presença do outro e, muitas vezes, tal presença se justifica por uma colaboração revestida de formalidades.

A relação dialógica entre disciplinas, em qualquer campo do conhecimento e da ação humanos, implica reconhecimento de diferenças e de sua legitimidade. Um tema complexo, que se manifesta na multidimensionalidade, requer mais que isso, requer transdisciplinaridade ou, pelo menos, uma interdisciplinaridade, onde há uma verdadeira troca entre os profissionais e seus conhecimentos e uma unidade com os verdadeiros produtores do saber e da ação: as pessoas que sofrem (NAJMANOVICH, 1993).

A demanda pelo especialista psicólogo também existe nos processos de fertilização, mas a figura do psicólogo, ou psicanalista, o profissional da escuta, fica, ainda, muito situada em torno da questão de amparar a frustração, de dar apoio nos momentos de insucesso, aquele que vai ajudar a mulher e o casal a reunir forças para tentar novamente, para continuar tentando. Para Beatriz, o psicólogo é alguém, como o médico, que aceita uma demanda de filhos como inquestionável e como algo que deve ser suprido a todo custo, e faz dessa demanda a dele também.

Aí ele faz uma reunião com todo mundo, sempre com os grupos que estão lá, ele geralmente faz. Eu peguei uma reunião dessa. Todo mundo fala, faz pergunta a ele. Ele disse: "Olhe, você tem uma pergunta? É para mim, não é para o outro, que o outro não é médico, não sabe. Porque cada caso é um caso". Então isso é feito terapia de grupo, sabe? Todo mundo falando, todo mundo discutindo. E isso foi muito bom, diminui a ansiedade. Aí ele tem na equipe uma psicóloga. Então, essa parte psicológica, de apoio psicológico ele tem. Eu achei importante. Eu acho que se todos tivessem e se fosse mais atuante. Lá ele tinha, mas tava começando. Tinham duas moças, mas o número de pessoas era muito grande. Então quem procurava é que elas atendiam. Mas tem, e eu acho que a importância de um acompanhamento de um psicoterapeuta é muito importante, de uma psicóloga ou de uma psicanalista, alguma coisa

desse tipo. Porque dá força para você... até você conversar sobre aquilo. Você conversa em casa com o marido, conversa com amigos, mas todo mundo é envolvido na história. Eu acho muito importante ter um psicólogo, fazer terapia é muito importante durante o processo. É até preocupante, se você não deu certo, você afunda, todo mundo que eu conheço é igual quando não consegue (BEATRIZ).

A aceção de que os processos de fertilização têm inúmeras repercussões para as mulheres, homens e casais provoca em Eliane a concepção de que a participação do profissional psicólogo em Reprodução Assistida não deveria ser uma opção ou quase uma “cortesia” das clínicas, mas deveria estar presente em todo o processo, inclusive antes e depois, porque para ela é uma questão de “saúde mental”.

Por isso eu acho que a sua profissão [psicólogo] devia ter... não deveria ser uma coisa de opção, mas deveria ser uma coisa devida, porque é uma questão de saúde mental mesmo. Porque tem gente que não está emocionalmente muito bem, acho que... ou essa coisa, ou acaba a relação, ou pira mesmo, não fica bem para a vida toda. Porque tem a coisa da decepção, de não ficar, tem a coisa de um querer culpar o outro porque não consegue ter filhos e tal. Tem a coisa de um aceitar, o outro não aceita. Eu acho que eles tentam, na medida do possível, mas eu acho que precisava assim, de ter mais uma atenção nesse lado (ELIANE).

Eliane se sente acompanhada, monitorada, quase vigiada pela assistência médica, mas não tem um espaço que privilegie a fala e a escuta. E sobre o processo, sem dúvida, há muito a se falar e a escutar, o que está para além das taxas, das estatísticas, dos cálculos, das prescrições, e das substâncias e dosagens, quantidades, células, etc.

6.6 Filhos Biológicos e adoção.

A importância do filho biológico é grande para o casal, pois é única e exclusivamente deles a responsabilidade pela continuidade familiar. Ser mãe ou ser pai, porém, não são aspectos muito comentados, pois a ênfase maior da temática aqui apresentada, a exemplo da fala de Renata, é sobre o tratamento em si. Paternidade e maternidade são colocadas como uma expectativa genérica, comum a qualquer casal de ter um filho e lhe dar boa educação.

É interessante aqui, o lugar que uma possível opção, como a adoção, vai ocupar em sua fala. A adoção poderia vir atender a uma demanda de ser mãe ou de ser pai, porém não atende completamente, nesse caso, pois não resolve o problema da finitude, não assegura a continuidade familiar, em termos de “sangue”, de “árvore genealógica”. Renata coloca a não opção por adoção mais na conta de seu marido do que em sua própria, mas também se contradiz em relação a isso, colocando tanto a dificuldade de adotar, como a facilidade de adotar diante da dificuldade do tratamento.

Em adoção, já. Inclusive ele é meio arredo em relação a isso, sabe. Eu não. Até quando a gente se casou e resolveu, não vamos tomar providência nenhuma para não engravidar, não sei o quê. Aí mesmo eu tendo um filho eu gostaria de adotar um, não agora, mas depois de ter os filhos tudo grande, para não ter de engravidar de novo, de adotar um. Aí ele também não falou nada, até no momento ele disse “não, eu vou tentar até quando eu puder. Se eu realmente não puder, aí eu penso em adotar, mas enquanto houver a mínima chance de eu poder ter um filho, eu penso em... normal (...)Aí tudo isso é um conflito na sua cabeça, não, é por isso que só vou tentar mais essa vez, porque é muito sofrimento, é muito dinheiro, eu tenho de deixar meus projetos de lado. Na verdade, é muito mais fácil adotar. Na verdade não é tão fácil adotar, né? Apesar de você ter uma família já firmada, você, seu marido, ganhar seu dinheiro, mas não é tão simples adotar, todo mundo sabe (RENATA).

A adoção não cabe no propósito de maternidade de Denise, em virtude de temores pela suposta herança maldita de um filho adotado, que ela inclusive traduz em números. Na verdade, herança desconhecida, irrupção do estranho. A ênfase na demanda de Denise está no fato de gerar, mais do que ter filhos, gerar um filho que trará completude, pois trará a possibilidade de se enxergar nele a semelhança, em seus mínimos detalhes.

O posicionamento de Denise a respeito de adotar, apesar de sua inibição que não consegue ainda imaginar ter um filho adotivo, acha-se em muito afetado por uma posição narcísica, de que o “meu, o nosso” é melhor, pois ao menos é conhecido e semelhante, e por um medo do diferente, do desconhecido e do não programado.

Eu via assim, eu li, andei lendo, não sei se foi bom ou se foi ruim, que numa adoção o filho adotado é uma herança, não é? Assim, tudo que ele tem como ser, 60% vai ser uma herança de tudo, da família, de quem foram os pais, de quem foram os avós, de quem foi uma história antes dele. E 40% vai ser de pai e mãe, vai ser a educação, vai ser o que eu

vou dar, vai ser o carinho, vai ser... E eu acho que genética, que 60% é isso aí, é a herança, é uma coisa muito difícil para eu assimilar hoje e me confortar com isso, tá entendendo? Eu acho que enquanto eu puder lutar e puder ter o meu filho, o meu sangue, com minhas características, com as características do meu marido, entende? Cabelo, olho, o pé, a mão, o dedinho do pai, entendeu? Eu acho que isso é muito forte também. E a herança de um filho adotado é problema, sabe? Eu ainda não me acostumei muito com isso. É uma coisa muito forte, hoje eu não quero pensar agora nisso. (...) Não, não pensei nem nisso, não pensei. Eu acho que é porque eu não quero pensar, sabe? Eu quero aprender a... aprender não, deixar fluir. Sair de mim o sonho de poder ter o meu filho. Depois que eu começar a sonhar com isso... se isso der errado e tal, eu vou começar a sonhar com adoção. Eu acho que tudo tem sua hora, e não chegou a hora ainda (DENISE).

Em relação à questão da adoção, trazida por ela desde o início de sua fala, Beatriz instala um paradoxo para si mesma, e sofre muito por isto. Trata-se de um querer e não querer, desejar ter um filho a qualquer custo e de qualquer maneira, mas, ao mesmo tempo, uma luta obstinada pelo filho biológico, do casal, para o qual se investe tudo, até a própria integridade física. A adoção vai ficar sempre como uma carta na manga, que ela se inscreve desde o início para o caso de não dar certo a fertilização, e que, mesmo grávida, mantém sua inscrição para o caso de não poder financeiramente encomendar um outro filho igual ao primeiro, um filho que foi feito, produzido, manufaturado.

Além de tudo isso, ainda existe a pressão das outras pessoas, das famílias de origem do casal, que no caso de uma adoção, necessitam também adotar a nova criança e que, nesse caso, se posicionam através de uma referência conhecida de identidade e diferença, do tipo se já se tem o seu próprio filho, por que fazer advir o estranho para a família? Uma referência do tipo nós e eles, os nossos são melhores, por que arriscar a diferença?

Aí... quando... antes de fazer essa vez, primeira vez lá em Dr. S., eu já me inscrevi, mandei a inscrição para dois juizados. Grávida, eu já fiz a entrevista, porque eu não queria uma filha só e não tinha mais dinheiro para fazer outro, né? Eu queria mais de um. Aí continuei inscrita. Agora, começou, né? Depois começou aquela confusão. Depois que você tem um. “Não, você já tem um, por que adotar? Aí eu, inclusive, fui até o centro, fiz uma consulta, a pessoa que me atendeu, eu acho que ela nem se lembra disso. Eu disse: “Está uma confusão, uma pressão tão grande para eu não adotar, mas eu quero”. Aí ela disse: “Espere um pouquinho, aguarde o que a vida vai lhe trazer”. Um mês depois, eu tava grávida (BEATRIZ).

Essa questão delicada na adoção, que remete ao eterno mal-estar humano do tipo “nós e eles”, nos faz lembrar a proposta de solidariedade de Richard Rorty. Na utopia proposta por Rorty (1994), a solidariedade humana não seria algo que reconhecemos como próprio e inerente às pessoas, mas como proposta a atingir, não apenas pela investigação, mas também pela imaginação, pela capacidade de ver pessoas estranhas como companheiros na dor. A solidariedade é algo que só pode ser criado a partir do aumento de nossa sensibilidade aos pormenores do sofrimento e da condição de outras pessoas. Para chegar a esse ponto de ver (e sentir) os outros como sendo um de “nós”, e não como “eles”, é preciso descrever e redescrever continuamente os “não familiares” e nós mesmos.

A adoção, na fala de Beatriz, também aparece como um anteparo, uma proteção para que o casal não ultrapasse, em sua vontade de continuar tentando, um limite delicado entre a persistência e o sintoma, o desejo de filhos e a entrada em uma situação perigosa, do ponto de vista da saúde das pessoas envolvidas e do endividamento. Depois da gravidez conseguida, ela perde o sentido de fazer família, restam apenas as razões financeiras. A adoção fica esperando para ocupar um lugar de consolo, onde à insuficiência dos recursos técnicos, a religião vem responder como merecimento.

Só assim, você tentar, você fez a sua parte, né? Eu vou fazer... a gente não tinha também essa psicose de ficar a vida toda não. A gente estabeleceu. E o dinheiro que a gente tem só cobre aquelas três tentativas. A gente vai fazer essas três, mas não vai ficar vendendo tudo. Você vai criar um problema depois, né? Fazendo dívida e tudo. A gente disse não, a gente tentou até onde a gente podia e depois a gente entregou a Deus. É demais, a gente botou como meta. Vamos fazer essas e depois a gente adota uma criança, se não puder, e vai criar. E a gente queria ter uma família, entendeu? Aí esse ano já com dois filhos e sem... agora sem emprego, eu digo não, agora a gente tem que realmente desistir da adoção. Há uns meses atrás eu desisti, eu mandei a desistência. Mas tem gente que não, que fica... vou tentar até não poder mais, que nem essa minha amiga, ela fez nove. Desistia não, continuou tentando. Ela tinha estrutura emocional e financeira. E eu conheço gente que depois de fazer uma não quis tentar mais. Aí tudo depende do limite de cada um, né? A gente estabeleceu esse limite porque eu acho que tava muito a favor da gente é que a gente se uniu mais com isso. O casal se uniu muito mais. A gente teve muito apoio de amigos, de familiares, de tudo. E a religião da gente também é uma coisa que consola muito, né? Que faz a gente aceitar como um merecimento, né? (BEATRIZ)

E é isso o que é fundamental na versão de Simone sobre adoção. Essa, para ela, não é descartada, inclusive por se apresentar em sua família, o amor pelo filho adotivo não é diferente (apesar do filho adotivo ser o diferente), mas, mesmo assim, gostaria de ter os “próprios” filhos.

Eu gostaria de ter meus próprios filhos, é..., passar por isso, sabe? Mas se não der, paciência. Eu penso realmente, penso em adotar. Nunca passou, assim, não descarto essa possibilidade de jeito nenhum. Só vou tentar, né? (SIMONE)

A conformação é a adoção, para Simone, o que já conhece com a história de outras mulheres em sua família. Porém, ao mesmo tempo, adotar uma criança também é uma esperança de “desligar” e de engravidar de forma espontânea posteriormente, o que é uma situação que já caiu no senso comum e na sabedoria das mulheres. O filho adotivo, na sabedoria popular, também pode ser um tipo de “remédio” facilitador da procriação do filho biológico. Ao mesmo tempo, ela também não se conforma, pois é jovem e tem tudo favorável para conseguir engravidar, pelo menos falando biologicamente.

E eu nunca fiquei assim, nunca fiquei nessa ligação, “só quero engravidar, minha vida agora é engravidar, se eu não engravidar, eu não sei o que vai ser de mim”. Eu não sou assim, sabe? Eu sou uma pessoa que aceita mais as coisas. Porque eu sou uma pessoa religiosa, mas não sou tão religiosa, mas eu aceito. Acho que Deus diz assim, se for mesmo para sua vida, se não é para ser, paciência. Mas eu gostaria muito. Eu ainda digo assim, paciência, mas eu espero que ele tenha outros planos para mim, não esse, e eu pegar e adotar se for o caso, eu adoto. (...) Porque todo mundo fala, é cabeça, depois que você adota, você logo, logo engravida. Acontece isso muito, realmente, isso eu sei. Mas vamos tentar. Como eu ainda sou nova, não tão nova (risos), mas assim, não, porque tem o caso dos 35, né? Quando você chega perto dos 35, a sua produção de óvulos cai, cai muito, né? Então já fica ainda mais difícil de você engravidar. Mas eu acho que isso é Deus. Tem mãe aos 40, com 42 consegue engravidar, consegue levar uma gestação tranquila. E eu com 31, com tudo o mais para conseguir, não consigo. Então isso quem explica? A ciência não explica, quem explicar vai ser Deus (SIMONE).

A maior interrogação de Simone é com relação ao mistério da fecundidade, é esse que ninguém explica totalmente, posto que a fecundidade não é apenas fato biológico, mas fato complexo, ou seja apresenta uma multidimensionalidade de fatores relacionados às suas causas, assim como também uma

multidimensionalidade de repercussões. Para ela, só resta Deus para decifrar o enigma da fecundidade e sobre Ele ela coloca o seu destino e a sua conformação.

Em relação à adoção, Barros (2001) coloca a questão de que a utilização de material reprodutivo doado, ou mesmo de embrião doado mascara de certa forma a adoção. Não seriam essas também possibilidades de adoção? Certamente, porém mascaradas pelo efeito biológico que a gestação e o parto provocam. Ou seja, gestar e dar à luz um filho que não é seu, geneticamente, não é considerado como uma adoção no sentido cultural do termo.

Recentemente, em outubro/2004, foi criado em Barcelona, Espanha, um programa através do qual são disponibilizados para adoção, em uma clínica, em torno de 1.700 embriões congelados, e não utilizados pelos pais biológicos. É a primeira unidade do mundo de adoção por essa via. Os responsáveis pelo instituto afirmam que colocar os embriões para adoção é uma opção bem melhor do que disponibilizá-los para estudos ou destruí-los. O processo de tratamento de preparação do útero da mãe receptora e de implantação do embrião vai custar em torno de 2.500 euros, mais de 7.500 reais.

Todas as técnicas desenvolvidas e em desenvolvimento de reprodução humana assistida, além de afirmarem uma cultura que as aceita e as deseja, também causam impacto em todos os esforços que têm sido feitos nas últimas décadas para se construir uma política e uma cultura da adoção em nosso país e no mundo. O número de casais interessados em adotar crianças vem diminuindo por conta das inúmeras possibilidades que a medicina reprodutiva oferece.

A cultura do filho biológico, genético, gestado vem crescendo continuamente. Se antes as crianças disponibilizadas para adoção eram rejeitadas por não se enquadrarem no padrão comumente desejado (racial e de idade), e também pelos procedimentos institucionais longos e burocráticos da adoção legal, hoje rejeita-se a opção de adotar, em virtude das múltiplas formas de se “tentar até o fim” gestar o filho desejado. No dizer de Barros (2001), a adoção está indo para o “banco de reserva”, como a última das possibilidades.

Um outro aspecto que ainda gostaríamos de apontar refere-se à subjetivação infantil, e se relaciona ao desejo de filhos, à gestação e às relações

primárias entre pais e filhos. Não obstante a preocupação do campo “psi”, no que se refere a como as crianças estão se subjetivando com todas essas mudanças nas formas de se alcançar a maternidade e paternidade e modificações nas configurações familiares, acreditamos que a questão merece muito cuidado, pois não devemos incorrer no mesmo erro que temos cometido em relação à criança adotiva, no sentido criarmos uma regra tácita de sempre entender o seu sintoma em referência às suas origens.

Para a criança, o que promove vida e subjetivação é o fato de que o desejo dos pais também se volta para outras dimensões, o que é diferente de agradar ao desejo dos pais, o que traz um elemento incestuoso. Segundo Dolto (1998), desejo é o que move o humano em busca de si, de sua criatividade de alcançar sua potência adulta. A criança assume o desejo de ter nascido, de ter aparecido como humana no mundo, além do desejo do pai e da mãe. O desejo da criança que nasce viva é sua assunção pela vida. Todo ser humano tem origem no ponto de encontro de três desejos. A criança é a resposta de um pai ao desejo de uma mãe, e de uma mãe ao desejo de um pai, mas é também sujeito em seu desejo de tomar corpo e de viver.

Entre as nossas participantes que alcançaram a maternidade, Bernadete é a que mais enfatiza a maternagem em sua narrativa. Ela afirma reiteradamente o zelo, o cuidado, a presença junto às crianças. Inclusive, remetendo a uma dimensão de excesso, que ela sabe, mas que não deixa de continuar suprimindo. Ela faz tudo para que os filhos não saiam com os outros. Ela se completa através do orgulho de ser responsável pelo crescimento e pela saúde dos filhos. Em nome do cuidado materno absoluto, Bernadete deixa de trabalhar para ser mãe o tempo integral. Mãe, enfermeira, educadora, tudo o que ela achava que ser mãe significava, justamente a mãe que ela não teve bem e que, a princípio, não queria ser.

Eu tenho que deixar [de trabalhar], porque quando eu olhava duas pessoas dentro de minha casa, cuidando daquelas coisinhas que eu amava tanto, sabe? A roupinha que lavava, que eu sou mesmo chata com as coisas delas. (...) Minhas filhas adoeceram com um ano e dez meses. Primeiro resfriado, entendeu? Isso para mim é... eu sinto o maior orgulho! Porque era, eu me dediquei única e exclusivamente a ser mãe. E amo, amo, amo meu papel, adoro ele, assumi e adoro. E sou muito

ciumenta com elas. Não me peça para levar as minhas filhas para um parque de diversão, uma praça, o que for, só vai se for comigo. Nem com ele não vai. Ele é um pai maravilhoso, mas não vai. Tenho um cuidado excessivo, sabe? (...) E invento uma desculpa, eu sou capaz até de mentir para não deixar minha filha sair. Comigo vai para qualquer lugar. Eu acho que é doentio... [risos] porque eu tenho um cuidado! Eu acho que, às vezes, eu acho excessivo, sabe? Sou mãe, sou professora, sou o que mais? Sou eu que brigo, sou eu que dou banho, sou eu que cuido, sou eu que faço tudo, né? Assumi o papel mesmo. E ele também. Ele é pai, é mãe, ele é tudo. Dá banho nelas, faz tudo, ele é... é um pai arretado (BERNADETE).

Ao fato de ter ocupado o lugar de ajudante materna dos irmãos, Bernadete responde com uma posição de supermãe, mãe sem falta, onipresente, faz disso o seu trabalho. Só ao marido ela permite e aceita eventualmente que cuide das crianças, reconhecendo nele também a excelência do pai.

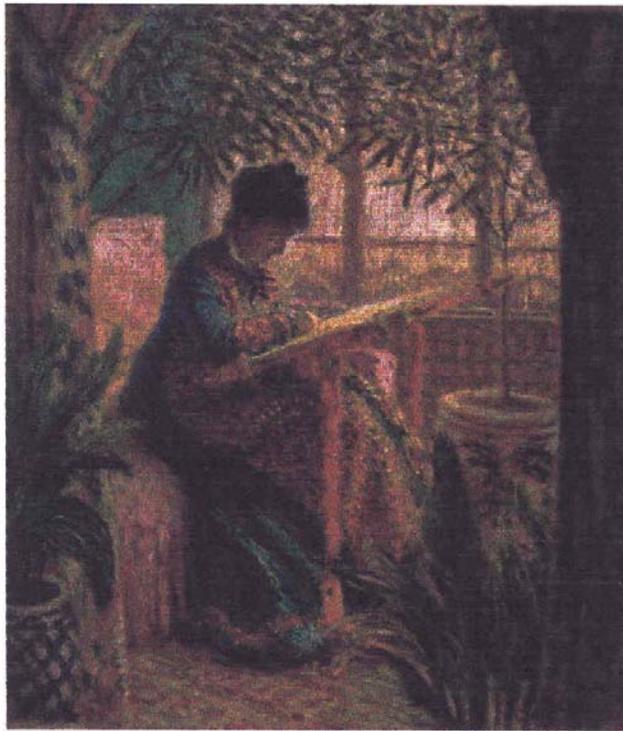
Tudo isso que trazemos aqui, a respeito dos fenômenos implicados na relação das mulheres e casais com a Reprodução Assistida, sem dúvida, imprime diferenciações nos processos de subjetivação infantil. Isso não equivale a dizer que, necessariamente, produz sintoma e ameaça à família e à saúde mental de seus membros. É preciso pensar na margem da idéia tradicional de família e de subjetividade; é preciso pensar no novo que se configura, como puro advir do tradicional, pois nada cai de pára-quedas, tudo de certa forma já se engendrava, desde as mudanças no *status* social feminino, nos processos de separação, de divórcio, em suma, nas transformações familiares.

Acreditamos que se produz uma diversidade sim, nisso tudo, inclusive porque ainda faz diferença para a mulher atual, que define sua feminilidade em termos de reconhecimento amoroso pelo homem, sexualidade ativa e maternidade, além de todas as outras vivências que passaram a ser importantes culturalmente, com maior intensidade a partir do século XX, como independência, intelectualidade e profissionalismo. É preciso fazer o que sempre fizemos: escutar a diferença. E há muito o que escutar.

CHEGADAS E PARTIDAS: um bordado de Penélope.

Por mais intransmissível que fossem os humanos, eles sempre tentavam se comunicar através de gestos, de gaguejos, de palavras mal ditas e malditas.

Clarice Lispector (Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres).



Claude Monet (Mulher trabalhando)

CHEGADAS E PARTIDAS: um bordado de Penélope.

Por mais intransmissível que fossem os humanos, eles sempre tentavam se comunicar através de gestos, de gaguejos, de palavras mal ditas e malditas.

Clarice Lispector (Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres).

7.CHEGADAS E PARTIDAS: um bordado de Penélope.

Depois de todas as considerações que fizemos até agora, nos vemos diante do desafio de chegar a um ponto de parada, que é, simultaneamente, de partida, e no qual não possuímos a pretensão de produzir generalizações. Construir uma composição que reflita, ao mesmo tempo, a pluralidade de nossas participantes, em suas experiências com as biotecnologias diversas, e remeta a cada uma em sua história singular, só pode ser realizado à medida que possamos tecer e retecer as nossas considerações. Como no bordado de Penélope, eternamente construído e reconstruído, com idas e vindas, avanços e retrocessos, uma composição momentânea, mas que, sem dúvida, expressa uma história, e uma angústia, ao menos por um dia...

As mulheres, cujas narrativas ouvimos, não contam com a possibilidade de a gravidez não vir quando elas se liberarem para tal. Elas são assaltadas por enorme surpresa diante do fato da infertilidade, seja por quais razões se apresente. O susto também decorre da necessidade de estar preparada ou ter de se preparar financeiramente para engravidar. Outros projetos de vida são colocados em primeiro lugar, como estudar, trabalhar, estabilidade financeira, realização pessoal e profissional, competitividade, auto-afirmação. O adiamento da maternidade em virtude desses outros projetos está presente na fala da maioria das mulheres.

Destacamos, aqui, a questão da programação, da feminilidade por etapas a cumprir, na qual a maternidade é uma etapa primordial, mas que só deve vir no momento escolhido, quando os outros investimentos já se estabeleceram.

Evitar a gravidez é o fato contínuo para estas mulheres, escolher o momento é fundamental. O fato de não engravidar, sem fazer uso de contracepção, coloca um problema que pede uma resposta, na maioria dos casos, médica. A resposta vai tomar a forma de doença e requerer diagnóstico e

tratamento. E é isto que elas buscam, que querem ouvir, mas, no entanto, o diagnóstico e o tratamento simplesmente não preenchem todos os espaços.

A demanda dirigida ao médico também é de compreensão e entendimento. Elas, ao mesmo tempo, desejam alguém que as entenda, que entenda o problema, entenda do problema e apontem a solução, oferecendo previsões e resultados concretos. Nem sempre todas estas questões podem ser atendidas por um só profissional, ou campo do saber, e geralmente não são.

Algumas mulheres procuram outros profissionais, como o psicólogo, apesar do alto investimento financeiro que o tratamento médico requer, através de psicoterapia individual ou de casal, com o objetivo de encontrar escuta ao que sentem e vivenciam, e diante das questões inusitadas que encontram, mas, principalmente, demandando suporte para as frustrações da não-maternidade, pela dor do insucesso do tratamento, ou da perda da gravidez tão sonhada. Uma de nossas participantes refere o lugar do psicólogo no processo como uma questão de saúde mental, para enfrentar uma situação bem diversa (e adversa) daquela que é apresentada de maneira simplificada, “muito mais do que se crê ou do que se espera”.

Outra participante monta uma verdadeira estratégia para chegar ao filho desejado. Estabelece, ansiosamente, em intensas tentativas, vários caminhos para alcançar a maternidade, como investigação médica, ajuda psicológica, a religião e a instituição para adoção.

O não se conformar com a infertilidade, o não aceitar, o duvidar da resposta médica se afiguram bastante presentes, como se esta última estivesse em contradição com a própria condição feminina. Para elas o maior dos paradoxos é o fato de ser mulher e não estar podendo gerar. E o maior dos sofrimentos é desejar tão ardentemente a maternidade e o filho, e não estar podendo alcançá-los.

Em alguns casos, em virtude do diagnóstico, que se afigura como um imperativo e uma verdade, e de viver a situação em termos de uma doença a ser tratada, convivendo com a linguagem dos órgãos e patologias reprodutivas, algumas mulheres acabam por se identificar ao diagnóstico de infertilidade oferecido, tomando-o como algo próprio da mulher contemporânea, de vida

agitada, sempre correndo, ligada o tempo todo, e também em virtude da idade a partir da qual se lançam para a maternidade.

A angústia, as ansiedades e expectativas se multiplicam fervorosamente durante o processo de investigação da infertilidade e tratamento. Elas, porém, não são escutadas, são apenas tratadas indiretamente, como se “resolvendo o problema da gravidez”, tudo o mais desaparecesse.

A grande maioria das mulheres coloca o desejo de filhos como algo “desde sempre”, próprio da mulher, o que todas querem, o que as completam. E, algumas vezes, como algo que é delas, ou seja, que precede o encontro com o homem que escolheram. Apenas uma de nossas participantes afirma o desejo de não ter filhos, em virtude de sua experiência com a obrigatoriedade de cuidar de um grande número de irmãos, sempre ajudando sua própria mãe, e recusando a identidade materna. Para ela, o desejo de filhos se afigura como secundário, movido pelo propósito de “dar” filhos ao seu parceiro.

As faces do desejo de filho são inúmeras. Uma que aparece constantemente se refere à questão da finitude e da continuidade familiar. A maternidade para estas mulheres é vista como plenitude, como algo que lhes falta, e também por algo que exige renúncia, enorme dedicação, mas que traz um sentimento de felicidade intenso, de realização, de completude, pelo qual elas esperam ansiosamente. Para elas, ser mãe é, ao mesmo tempo, ser como as suas próprias mães e superá-las.

O investimento financeiro do casal é amplamente afirmado. Custa um sacrifício muito grande de outros investimentos pessoais. Não é muito fácil para eles ter de investir tanto no tratamento, ter de renunciar ao que conseguiram juntar, ou ter de trabalhar e ganhar com este fim específico de aplicação de seus recursos. Cria-se um relacionamento ambivalente com o médico, também em virtude deste aspecto, de uma relação que, ao lado do cuidado e da assistência, também se afirma como comercial. Comprar um serviço, comprar uma capacidade aparece em meio a buscar um filho, como no “pacote” de tentativas.

A indicação da fertilização *in vitro* é presente na maioria dos casos, sendo, no entanto, rejeitada por algumas participantes, que preferem começar pelos

tratamentos menos complexos e menos onerosos, tanto do ponto de vista financeiro, como da medicalização e do sofrimento, físico e emocional.

O tratamento para engravidar é percebido como um bombardeio de drogas, de exames, de procedimentos invasivos. As intervenções no corpo são muito faladas. São de caráter contínuo, sucessivo, doloroso. Provocam mudanças, instigam revolta, acarretam desconhecimento e confusão no esquema corporal de cada uma delas.

Os corpos físicos passam a ser os elementos principais, para o prejuízo dos outros elementos constitutivos das subjetividades. A importância dada aos órgãos e células, como agentes de respostas aos estímulos produzidos em laboratório, suplanta a identidade de pessoa de cada mulher. Os ovários, os óvulos, os hormônios se levantam de seu habitual apagamento no dia-a-dia para se sobrepor aos sujeitos.

O que era fundo vira figura, o que era figura vira fundo. É impressionante como as identificações e afirmações de sujeito vão passar a girar em torno da funcionalidade dos órgãos e da linguagem da produção. A dor e o prazer pela responsabilidade da escassa, suficiente ou exuberante produção de óvulos e de embriões salta aos olhos em suas falas.

O sentimento de impotência do casal é algo que demanda escuta e exige importância durante o processo. No entanto, parece que se busca a sua eliminação via sucesso no tratamento, para que todos os ânimos se acalmem e que o incômodo seja devidamente esquecido. O encontro sexual, movido pelo desejo, que a nada serve, ou que é aprisionado sob a forma de prescrição médica ou ausência dela, incomoda, dói, inibe, promove mal-estar, e, muitas vezes, exige segredo e silêncio. O sexo se vê colonizado pelo discurso que o considera ora um remédio prescrito de tantas em tantas horas, ora algo a se evitar para ter êxito no tratamento.

A dificuldade para conceber, em alguns casais, provoca esquemas de culpabilizações mútuas, isolamento, decepção e afastamento na relação. Algumas mulheres relatam o fato de que, no curso do tratamento e nos primeiros meses de gravidez, elas “deixam de ser mulher”, ou seja, a mulher erotizada e desejante sai

de cena para a entrada da mulher-mãe, exclusivamente. No entanto, outras participantes também relatam que as dificuldades são fatores que provocam uma união maior para o casal, uma aliança especial, em busca de um ideal comum.

Algumas preferem aderir ao lado prático da situação, sendo objetivas para conseguir o resultado desejado, e, depois que conseguem, relatam que, muitas vezes, esquecem como os filhos foram gerados. Observamos, porém, que isto não acontece, pois a maneira como elas narram suas histórias aponta um afeto vigoroso, como se tudo houvesse acontecido recentemente, ou seja, trata-se de uma experiência que se mantém internalizada, que faz parte de suas vidas, que permanece produzindo sentidos para elas.

Às vezes, elas sentem necessidade de pedir uma pausa entre as várias tentativas para engravidar, seja utilizando ovulação assistida e coito programado ou FIV. A pausa não se faz presente apenas pela necessidade de juntar mais dinheiro para empreender nova tentativa, o que é um dado de peso, mas também pela necessidade de respirar, de parar uma corrida incessante, estressante e dolorosa. E para o casal poder sair do redemoinho de prescrições.

A participação do homem no processo é vista pelas mulheres como mínima, reduzida ao fornecimento de espermatozóides, atenuando o foco do sofrimento e conflito masculinos e apagando a subjetividade deles nos tratamentos para engravidar, mesmo quando a causa médica primordial repousa no lado do homem na reprodução. Algumas relatam sua decepção com a pouca disposição dos maridos em se submeterem a exames e procedimentos cirúrgicos, sentindo uma incômoda e antagônica sensação de gerarem o filho sozinhas. Os bebês, quando nascem, estranhamente, também são percebidos e nomeados, muitas vezes, como filhos dos médicos que possibilitaram a gravidez.

As mulheres que assumem o tratamento em virtude do diagnóstico de infertilidade de seus maridos, freqüentemente, não o fazem sem revolta, sem um mal-estar por uma situação inusitada, contrariadas por estarem sendo tratadas como mulheres que não têm capacidade para gerar. Elas se percebem como penalizadas, mais uma vez, reforçando o atributo do sofrimento feminino, responsabilizadas pela gravidez e pelo nascimento.

O saber sobre as técnicas e sobre a atuação e capacidade dos especialistas é algo buscado por algumas mulheres, também como forma de garantia em processos ainda desamparados do ponto de vista ético e legal. Em alguns casos, inclusive, elas tomam a iniciativa de buscar a investigação sobre as causas da infertilidade, mesmo contrariando a orientação médica que prefere esperar mais um tempo. Outras participantes que não buscam previamente este saber, se vêem surpreendidas diante das várias etapas do processo de fertilização.

O sentimento de inferioridade diante das outras mulheres, que não apresentam dificuldades para procriar, é intenso e amplamente falado e relatado pelas participantes, assim como o sentimento de diferenciação valorativa do tipo depreciativo. Apesar de que, em alguns casos, há uma imposição de segredo pelo marido e proibição do compartilhamento das vivências com a infertilidade e os tratamentos, a maioria das mulheres quer dividir o que sente com os outros, elas não querem se esconder, não desejam se calar. Ainda assim, algumas se queixam de uma trava interna, uma paralisação que as impede de se expressar em afetos, permitindo, apenas, aderir à linguagem técnica dos procedimentos.

A busca e afirmação pelo filho biológico traz à tona o posicionamento das participantes frente à adoção, como forma de alcançar a maternidade, muitas vezes obscurecida pela questão “o meu marido não quer”, porém revelando a importância para elas do filho semelhante geneticamente e na aparência, e também revelando temores pela herança do filho adotivo, colocado no lugar do estranho, do outro, do desconhecido.

O relacionamento estabelecido com os especialistas médicos da reprodução envolve questões de competência, capacidade, conhecimento, estrutura técnica, mas também de confiança, de cuidado e compreensão. Trata-se de um relacionamento atravessado por contradições, desde o caráter comercial da assistência à desconfiança nos procedimentos, e pela insegurança em relação à manipulação do material reprodutivo retirado delas e de seus maridos.

A decepção com o especialista que não obtém sucesso com a técnica também se faz presente, abrindo caminho para a entrada em cena do especialista

renomado, de fama nacional, “aquele da TV”, que, de tão distante, passa a ser parte do cenário, uma possibilidade e esperança vivas, com sua estrutura de Primeiro Mundo, estabelecendo uma relação de ídolos e fãs.

Algumas mulheres se queixam da velocidade da clínica em RA, rapidez nas consultas, nas intervenções, nas escolhas que têm de ser feitas o tempo todo. Também apontam a grande quantidade de pessoas que estão na mesma situação, o que faz os consultórios estarem sempre cheios, onde, muitas vezes, não há condições para falarem, nem para serem ouvidas satisfatoriamente.

Os eventos indesejados da fertilização, ainda que uma gravidez espontânea também os comporte, mas que as técnicas reprodutivas intensificam e inovam, como o adoecimento, a dor, os riscos, as mudanças corporais, tanto durante o tratamento, como na gestação, colocam as mulheres em uma situação de perigo, de medo de perda iminente, por elas e por seus filhos. Isto traz a possibilidade da morte para o processo, como algo com o qual elas têm de conviver. Não podemos deixar de observar, aqui, uma dimensão de sacrifício, que elas acatam como parte do procedimento, pelo qual estão dispostas a sofrer.

Os embriões são elementos centrais no processo, trazendo questionamentos de ordem afetiva, moral, ética, religiosa, em suma, vistos como filhos ou como material celular. O congelamento de embriões excedentes é uma técnica muito falada, que traz ao mesmo tempo alívio e mal-estar, pois está diretamente relacionado ao temor da gravidez múltipla e à culpa em relação ao filho que eles poderiam se tornar.

O advento da gravidez múltipla, para a maioria das mulheres, é vivido com um enorme impacto, às vezes pânico, algo vivido de maneira ambivalente e conflituosa. Elas desejam fervorosamente o filho, mas não desejam uma ninhada de filhos de uma só vez. Aos poucos é que vão se conformando e aceitando o fato, se deparando com muita angústia e sentimentos controversos entre si. Muitas vezes, decorre de tudo isso um sentimento enorme de medo de perda, o aborto, de ter de ser capaz de sustentar todos, de não poder perder nenhum. Em alguns casos, o que ainda cabe na programação é a gravidez de gêmeos, pois

elas se agarram a uma facilidade prática de terem dois filhos de uma só vez, para não se submeterem a todo o processo novamente.

Existe um medo, por parte das participantes, da troca de embriões, de atravessarem um processo muito difícil e sacrificante para, no final, não ficarem com o filho próprio, mas sim, de outrem.

A possibilidade do diagnóstico genético pré-implantacional aponta para uma dimensão maior de escolha, para um saber voltado para ampliar a autonomia, mas, na verdade, são escolhas que elas preferem não ter de realizar, pelo intenso movimento de culpa e mal-estar que carregam.

A gravidez, para as participantes que a alcançaram, é vivida de maneira atormentada, estressante, vigiada, monitorada o tempo todo. Paira a angústia do aborto nos primeiros meses, e do parto prematuro da metade da gestação em diante. Algumas relatam um medo intenso antes do parto, e um sentimento de estranhamento depois que os filhos nascem, assim como a necessidade de ficarem sozinhas, de chorar, de tentar organizar tudo o que foi vivido de maneira tão atribulada e confusa durante a gestação.

No caso de gravidez múltipla, os filhos prematuros, muitas vezes, apresentam complicações ao nascimento e necessitam ficar longo tempo em UTI neonatal, tendo alta um por um, o que é vivido com muito sofrimento, preocupação, como uma perda iminente, e sentimentos de culpa, mas, contraditoriamente, com um certo alívio, às vezes, por poder ser mãe de um filho de cada vez.

No entanto, após os piores momentos, quando conseguem manejar e integrar a situação da maternidade múltipla, nos relatam o sentimento de intensa felicidade, júbilo, vitória e auto-superação, por terem conseguido ter os próprios filhos.

As mulheres que engravidam espontaneamente, depois de atravessarem procedimentos de fertilização, ou de já terem filhos devido a estes procedimentos, enfatizam as diferenças, tanto durante a gestação, como no cuidado e relacionamento com os filhos. Experimentam uma tranquilidade que não conheciam durante a gravidez, no entanto, uma de nossas participantes refere que

o filho nascido espontaneamente é mais exigido do que o outro, sendo este mais delicado e frágil.

O processo de reprodução assistida envolve números e quantidades que afetam sobremaneira as participantes, fazendo-as se medir por eles, pelas suas capacidades de produção, tornando-se menos ou mais mulheres, casadas com melhores ou piores homens e tornando inevitável a comparação e o sentimento diante de outras mulheres e casais que atravessam o processo.

Para algumas de nossas participantes, a tecnologia é algo maravilhoso, algo que as coloca no lugar de quem pode escolher e decidir, que traz inúmeras possibilidades novas, mas que é necessário ter recursos para usufruí-la e desfrutá-la. Os limites que elas impõem à técnica, muitas vezes, são os limites da crença religiosa que abraçam.

Finalmente, o processo de reprodução assistida, apesar de ser algo do qual as nossas mulheres não se arrependem, ao contrário, que expressam ter valido a pena, e que fariam novamente, dentro de seus limites, é um processo complexo, de repercussões múltiplas para a subjetividade feminina, para o casal, as famílias, e as relações primárias com os filhos. É um processo que reflete a cultura contemporânea e a forma de vida que construímos, na qual a ciência e a tecnologia despontam como um forte mito e, apesar dos atritos, convivem e, muitas vezes, se complementam às outras crenças, como a religião. E que, sobretudo, reflete a condição feminina atual de pluralidade de identidades, entre as quais a identidade materna toma vulto e continua a se afirmar, abraçada a poderosos aliados.

8.ENCONTROS E DESPEDIDAS: contemplando o tema.

O lugar a que chegamos é o mesmo lugar de onde, novamente, partiremos.

Cultura significa que cada pessoa não já nasce “sendo”, cada um vem a ser aquilo em que se torna e, geralmente, tornamo-nos o que o meio nos permite. Os modos de subjetivação estão diretamente associados à cultura e ao tempo histórico nos quais são produzidos. Somos contingentes e históricos. A cultura é uma face da subjetividade e da vida psíquica, que nos permite criar e manter o gosto pela vida, é o espaço transicional dos irmãos, é o que afirma a imaginação e a ação criativa sobre o mundo (COSTA, 2000).

Quando se trata dos modos de subjetivação em uma cultura, que tem sua maneira própria de definir masculino e feminino, apoiando-se para isso em diversos campos do conhecimento, percebemos a coexistência do arcaico e do novo. Com todas as mudanças que experimentamos, ao longo dos últimos séculos, homens e mulheres ainda mantêm a questão da procriação em um lugar especial, diferenciado. O homem continua se considerando também pela medida de sua virilidade e fertilidade, e a mulher, mesmo acumulando várias posições de inserção cultural, no mercado e na produção, ainda também se mede pela sua fecundidade e possibilidade de levar uma gestação a termo, pela capacidade de cuidar e pela posse de filhos.

Dificuldades na fecundidade humana são sempre teias aonde uma multiplicidade de fatores se intercambiam. Mesmo que em nossa cultura seja atribuído um enorme peso às questões bio-fisiológicas, que são indubitavelmente frutos preciosos do saber que pudemos atingir nessa área, não podemos deixar de somar essa questão a outros fatores, como interesses, afetos, angústias e ansiedades, dúvidas e ambivalência, escolhas e tendências, em suma, algo que não pode se deixar apropriar e patentear por um só campo do conhecimento.

O fator idade (que de certa forma mascara o fator tempo) através do qual o quebra-cabeças da infertilidade se monta - que tudo explica e a todos satisfaz - vem encobrir o que já estamos sentindo na pele (e na alma) há muito tempo: falta, na contemporaneidade, o lugar para o outro, seja ele o irmão, o amigo, o companheiro, o filho. Falta-nos investimento afetivo

Em relação à fecundidade e procriação humanas, gerar uma nova vida, dar continuidade à existência, pagar uma dívida para com os antepassados, adquirir um objeto que se deseja, vencer a morte e a ignorância são fatores, muitas vezes, difíceis de separar, de se estabelecer um limite, uma fronteira onde um termina e o outro começa.

Os caminhos e alternativas que se colocam, como adoção, reprodução assistida, permanecer sem filhos, ou não desejar filhos, são possibilidades que estão a uma distância enorme de se resumirem a escolhas claras e precisas, conscientes e racionais, simples e sem conflitos. São grandes investimentos, que requerem vivência e elaboração por parte dos sujeitos, são questionamentos que começam a partir do próprio desejo por um filho, da importância de uma criança para cada um, para o seu relacionamento e os seus respectivos grupos familiares de origem. Questionamentos que envolvem o ser homem e o ser mulher de cada um, e a relação que isso possa ter com o ser mãe e ser pai.

São empreendimentos que requerem grande investimento emocional, o que, muitas vezes, deixa em suspenso muitos outros aspectos e valores da vida, como o amor, as amizades, o trabalho, os projetos e sonhos de realização pessoal, profissional, o simples devir da vida, pois “viver é preciso”.

Acreditamos que as questões inúmeras e de naturezas diversas que vão se desdobrando a partir do tema das novas tecnologias de procriação, devem permanecer permanentemente vivas e abertas, para que não atravessem momentos e etapas ricas de experiência para os sujeitos envolvidos, em nosso caso, mais propriamente a mulher.

O feminino não pode, nem deve, continuar sendo sinônimo inquestionável de maternidade. O desejo por um filho não é sagrado, é humano, e se compõe de inúmeros desejos. A feminilidade deve ser, antes de tudo, uma força

impulsionadora, uma precariedade mobilizadora, que promove vínculos e a necessidade do outro em nossas vidas, uma construção permanente. É preciso que as mulheres possam se libertar do jargão determinista do imperativo materno e de que vale tudo para ser mãe. A maternidade é algo possível, não obrigatório, que vai se delineando na vida da mulher e em sua relação com o outro.

A dimensão da criação, da construção, do investimento, da ação sobre o mundo deve ser preponderante. Humanos não se reproduzem, procriam, e humanos que não procriam nem por isso deixam de criar. Nossa vida, como criadores, é tecer e retecer caminhos, possibilidades; a maternidade pode ser uma delas, bela, prazerosa, importante, mas não a única, a mais nobre, a sagrada, ou a que vale mais.

Os conhecimentos da reprodução assistida e sua importância sociocultural, para além de valores tidos como inquestionáveis, que devem imperar, como a reprodução, estão inseridos numa cultura do feminino, cultura que privilegia a imagem da mulher bonita, perfeita e jovem. Como é difícil para a mulher envelhecer nessa forma de vida em que estamos nos subjetivando, como está sendo difícil um luto por um corpo perfeito, ou pela ilusão de perfeição. Como é difícil lidar com corpos que não engravidam, corpos moles, corpos com dobras, com marcas indesejáveis. As marcas que se permitem são apenas as cicatrizes das cirurgias estéticas, desde que se comprometam a se apagar, para manter a ilusão.

Assim, o corpo feminino, do mesmo modo que o masculino, porém, com mais intensidade, é o objeto desses novos saberes e técnicas. Um corpo insuficiente para ser (mulher e mãe), entregue a um outro para que o modifique, mesmo que à custa de incisões, retiradas, implantes, costuras, para que desoculte o que está lá – ou pelo menos deveria estar – mas que não aparece, que não se mostra, que contradiz a natureza, o esperado, o ser mulher e ser mãe que, para elas, devia vir no corpo e, inexplicavelmente, não está.

Se o corpo sexualizado da mulher sempre teve afinidades com o mistério e com a impureza, ou no outro extremo, mais arcaico, por ser o lugar da procriação, sempre teve o *status* de sagrado, impossível de ser remodelado, agora,

dessexualizado, não tem mais o caráter de impureza ou de sacralidade, passa a ser o território livre da intervenção, sem medo, pruridos ou sentimentos de vilipêndio, pois tudo se traduz em células, em química, em substâncias.

As novas tecnologias reprodutivas vêm explicitar muito do implícito envolvido no tema da maternidade. As técnicas, os tratamentos trazem para a luz, muito da ambivalência no desejo pelo filho e na gestação. O processo escarnece o que sempre se manteve na sombra, como é o caso da ambivalência, da dúvida, do medo, da experiência vivida como libertação e como prisão, como realização e como pânico. Não deixa de ser uma oportunidade que a contemporaneidade nos oferece, de revermos nossas posições e certezas acerca da sacralidade mãe-filho. Mesmo sob o fundamento de que a ciência vem para socorrer as mães e realizar seus sonhos de mulher, intervindo sobre seus órgãos e partes, os procedimentos escarnecem não só o corpo físico feminino, mas também suas vidas.

Quanto mais socialmente tentamos afirmar nossa emancipação, enfatizando a liberdade e a igualdade, mais acentuamos as diferenças, e nelas cada um reivindica a sua singularidade e recusa identificações. A individualidade vem substituir a subjetividade, baseada numa ilusão de liberdade sem restrições, “o homem de hoje transformou-se no contrário de um sujeito” (ROUDINESCO, 2000: p. 14).

O sujeito e a subjetividade, ao contrário, comportam uma noção de coletividade, de política, de uma reflexividade que reconhece a alteridade, com ela se constitui e a ela se dirige. Para o sujeito, o espelho é um meio, é fundante, é constituinte. Para o indivíduo, o espelho reflete uma finalidade, a imagem é um fim em si mesma.

Se a imagem é a mediadora das relações, perde lugar a alteridade, pois o outro não é nem visto, sequer reconhecido em sua diferença e singularidade. E se a alteridade nos escapa, a solidariedade como forma de relacionamento humano resta impossibilitada.

Uma sociedade administrada, que afirma o respeito à diferença, mas que, no fundo, não suporta as alteridades, tem por ambição o banimento do infortúnio, da doença, da morte, administrando e controlando as diferenças, a exemplo de

ficções criativas como “Fahrenheit 451”, de Ray Bradbury, transportada para o cinema por François Truffaut, e o memorável “Admirável mundo novo”, de Aldous Huxley. Neste último, Huxley (1976) nos fala de um lema assumido pelos humanos, em escala global, de comunidade, identidade e estabilidade, no qual os seres humanos são todos gerados em laboratório, divididos geneticamente em castas intransponíveis, condicionados para viver e ocupar um destino social único e condenados, pela droga e pela medicina científica, a um estado de felicidade contínuo, universal e homogêneo.

Os sujeitos contemporâneos enfrentam, permanentemente, vazios de sentido de toda ordem. Da renúncia moderna ao gozo e adiamento da satisfação para um outro momento, em que a satisfação pudesse ser realmente apropriada pelo sujeito, passamos ao excesso de gozo imposto pela falta de habilidade para adiar, valorização da satisfação de acesso imediato, autoconsumível e, ao mesmo tempo, constatação da impossibilidade de realizá-lo. Os ideais estão sempre além do alcance, apesar de corrermos desenfreadamente para alcançá-los, pois nos é vendida essa idéia. O sujeito, na atualidade, é ilusoriamente reconhecido como autônomo e independente, mas, ao contrário, mostra-se assujeitado (KEHL, 2002).

A ética da excelência retorna, infelizmente dissociada da virtude e do governo de si em prol da coletividade, como na antigüidade clássica, num sentido de exigência, de polivalência, de ter de utilizar o máximo de escolhas que são disponibilizadas, sem se saber mesmo para quê. Retorna associada a um gosto de insuficiência. Se o mal-estar anunciado por Freud (1930) significava respondermos com nosso adoecimento psíquico à renúncia que a Modernidade impôs, identificando a posição trágica ocupada pelo sujeito moderno; o mal-estar contemporâneo é modelado pela angústia e pela violência, que são as respostas mais comuns à exigência de excelência e de eficácia.

Eticidade é postura diante da vida, não está necessariamente atrelada a leis. Nem sempre o que é legal é justo, muito menos ético. A ética, definitivamente, não pode ser estabelecida sobre parâmetros tidos como pacíficos, cláusulas pétreas da ciência e de suas evidências, nem tampouco sobre

preferências grupais ou questões afetivas ou de fé religiosa. A ética também não pode ser questão de um bom senso prático da ordem “custo e benefício”, como acontece tantas vezes. É fundamental o resgate dos sujeitos éticos, sujeitos de uma cultura que mantenha vivos os discursos que os antecederam e que abra possibilidades para a criação de novos discursos, aceitos pela coletividade (COSTA, 1995).

Muito se fala nas novas configurações familiares e na implicação que as novas tecnologias reprodutivas têm nisso. Mas temos arranjos familiares e movimentos sociais que antecedem o quadro atual da reprodução tecnológica, ou seja, disposições e mudanças que antecederam e também promoveram o processo de procriação assistida. Nada cai de pára-quedas.

Família vem sendo entendida como aqueles com quem se pode contar. Entender um casal sem filhos, por infertilidade ou por opção mesmo, como uma nova família, é pensar do ponto de vista de duas pessoas, não necessariamente um homem e uma mulher, ou mesmo de uma, que se lançam da casa de seus pais e vão constituir uma nova unidade, com novas possibilidades.

No entanto, com a redução das questões referentes à filiação ao plano biológico, estamos nos esquecendo, paulatinamente, que é somente a transmissão de um patrimônio simbólico que permite as novas gerações se situarem num sistema de filiação, encontrando um lugar no grupo ancestral de referência, caminho possível para a construção de um sujeito da ética.

Se os novos pais não terão que responder à pergunta “de onde vêm os bebês”, a respeito da relação sexual, mesmo assim persiste o mal estar, que se traduz na preocupação de que, um dia, os seus filhos saberão que são bebês de proveta. Fecundação artificial remete a antigas concepções de conceber sem pecado, e nos coloca questões que só o tempo e a escuta saberão responder, a exemplo de como a mulher lida com o fato de ser mãe, sem ter sido mulher (sexualmente); como o pai lida com o fato de ser o homem não-fecundante, não viril, na criação do filho; como o filho se sente diante de tudo.

A família tanto pode servir enquanto metáfora de fraternidade, de rebanho, como também de horda, de tirania. A ética fraterna é aquela que nos faz pensar

em cada um de nós enquanto sujeitos incompletos e precários que somos. Esse tipo de ética vai de encontro a toda auto-suficiência e arrogância em que o projeto da modernidade acabou nos lançando. A solidariedade, como relação fundada na alteridade e no reconhecimento do outro, em sua singularidade, é a imediata consequência da ética do laço fraterno, dos irmãos iguais no desamparo, mas diferentes na criação (BIRMAN, 2000b).

A figura do pequeno outro, do semelhante, onde o protótipo é o irmão, também contribui de maneira significativa para a estruturação do sujeito, ao lado da figura do Grande Outro, as figuras parentais. A noção de função fraterna, trazida por Kehl (2000) permite que as diferenças apareçam, que as tarefas se dividam. A função fraterna exerce, junto à paterna, uma função de suplência, no sentido de complementaridade. O irmão é o semelhante na diferença, podendo ser tanto o irmão de sangue como os “irmãos” dos laços sociais de amizade, os semelhantes.

Assim, produz-se um campo horizontal de identificações que é essencial para garantir a diversidade dos destinos que têm de ser construídos durante a vida. A fraternidade, que não se restringe ao campo da família e da consangüinidade, mas que o ultrapassa em muito, pode ser uma espécie de resposta que possamos dar aos imperativos da cultura narcísica e sociedade do espetáculo, em que estamos inseridos. O fraterno enquanto categoria ética pode enunciar outra concepção de subjetividade.

Pensar em uma ética de solidariedade, sem dúvida, é também enfatizar concepções de família que privilegiem a aliança, a cooperação, o amparo, tarefa difícil, pois em nossa tradição de família pesa muito o elemento da competitividade, do “meu” que é melhor que o “seu”, do estranho visto como elemento de contágio e de ameaça. A família deve sempre estar em uma posição de constante construção, desconstrução e reconstrução. O fundamental em toda idéia de família é o acolhimento, o oferecimento de um mundo humano, em menores proporções, para que os sujeitos possam galgar o grande mundo lá fora.

A importância do desenvolvimento de estudos, ainda incipientes, acerca da ressonância dessa tecnologia nas pessoas, na família e na sociedade, a

importância da discussão é enorme. Não devemos, em nome de um certo psicologismo, dizer ou predizer que os filhos assim gerados serão mais problemáticos, ou suas famílias, disfuncionais. A causalidade e os efeitos em Psicologia não se dão de forma linear. O adoecimento e o sofrimento podem se fazer presentes em qualquer configuração familiar.

Sofrimento e adoecimento, por mais passadista que isso possa parecer, também promove criação e crescimento. Também não podemos ser ingênuos e reducionistas, se acreditarmos que selecionando os melhores óvulos e espermatozóides, genes e meio de cultura, com acompanhamento e vigilância, tudo com o melhor estilo *high tech*, teremos crianças mais saudáveis.

Em relação à criança, temos de lembrar a importância do nascimento de cada uma em um mundo humano, além do nascer biológico. O mundo humano significa hospitalidade. O ser humano, ao nascer, precisa da hospitalidade do outro, necessário em sua presença e acolhimento daquele que chega, além de ser necessário para lhe transmitir a cultura. A corporeidade do que acolhe deve seguir o ritmo da criança para lhe permitir criar o mundo, não apenas adaptar-se a ele, o que acontece na intrusão excessiva.

As formas de adoecimento também são fruto da maneira como o mundo vem sendo apresentado. O *ethos* humano está sendo desmontado, há uma dificuldade das pessoas de se erigir psicologicamente, na relação com o outro. Isso tudo é decorrente da constituição do ser humano na atualidade, que não privilegia a espontaneidade do pequeno ser que se inicia, da possibilidade de caminhar em sua singularidade, e que tem de ser acolhido pelo outro. É isso que possibilita o existir, pois, se não há acolhimento e se é podado o gesto criativo, só resta o nada (SAFRA, 2004).

Dessa maneira, o papel do psicólogo nessas questões não pode ser o de “mais um” que aceita confundir demanda com desejo e aceita a demanda da mulher como natural e incontestável. A ele cabe a também espinhosa missão de escutar o rebotalho, o resto que vai ficando dos eventos das cenas médicas e afetando os sujeitos. Escutar e devolver o “é muita coisa” que as mulheres tanto falam.

Nossa clínica, forjada nos paradigmas da modernidade, de interioridade, de total “confiança” no aparelho psíquico, de mediação plena, valorização do imaginário e de corporeidade vista como casca, deve aprender a escutar sujeitos corpos, corporeidades que não são apenas casca, ou seja, que possa se apropriar de fatores como criação, gesto, corpo ontológico. Se a comunicação entre os sujeitos tem-se reduzido à informação, a escuta, hoje, nunca se fez tão necessária.

A ciência, desde seu nascimento, traduzido na modernidade pela experimentação, sempre esteve em um difícil relacionamento com a ética. O horror causado pelos anatomistas, nos princípios da modernidade, e por Freud, no ápice da modernidade, ao enunciar a sexualidade infantil, são bons exemplos disso. Intervenções sobre corpos, ou sobre a psique, sempre surgem provocando pânicos morais e situações desconfortáveis. O senso comum sobre ciência é de que ela aponta para frente, e só para frente, idéia de progresso contínuo, sempre em frente. Já o senso comum sobre ética permite a crença de que ela é sempre a mesma e que não muda; ambos guardam equívocos. A ciência vai e vem, progride e regride, e a ética muda sim, associada à configuração cultural e subjetiva de cada época (RIBEIRO, 2003).

A solução que a humanidade tem encontrado para esse impasse é a separação entre elas. No entanto as duas estão (e devem estar) imbricadas. A chave dessa relação só pode ser o respeito ao outro, considerar o homem como finalidade, não como meio, reconhecimento da diversidade. Isso realmente não é fácil. Ciência aponta para a ousadia; e a ética para os limites. Os seres humanos vacilam entre emancipação e egoísmo, o coletivo e o individual, a liberdade individual e o respeito à liberdade do outro. Essa é a grande dificuldade de co-existir.

O drama de Prometeu remete ao incômodo ethos científico, ou seja, inovar, ter ambição, ser como Deus, produzir conhecimento e aplicação do conhecimento, utilidade do conhecimento, dor e culpa por romper fronteiras humanas e divinas, entre o não saber e o saber e entre submissão, escravidão e poder, opressão. As descobertas científicas sempre comportam riscos éticos. Temos que superar a

idéia de que tudo que a ciência produz deve ser aplicado, temos de retomar a amplitude de nossas escolhas. Foram escolhas humanas que promoveram outros usos para a pólvora, o avião ou a fissão nuclear. A ciência, sozinha, não substitui escolhas éticas e direções políticas, o que em nossa sociedade insistimos em manter. A ciência, ou melhor, a tecnologia, per si, não pode se sustentar como razão primeira e última.

A aspiração máxima humana, que combina Prometeu com Narciso, a posição divina de criador absoluto, não pode, nem deve esquecer que a criatura pode crescer, desenvolver-se e se rebelar. Que nos venha a memória os replicantes na fantástica ficção “Blade Runner”. Para Ribeiro, estudar os sonhos humanos é algo que hoje tem tanta urgência quanto decifrar o seu código genético. Uma de nossas grandes e urgentes questões contemporâneas pode ser enunciada da seguinte maneira:

Todo ser humano deve ter respeitado o seu direito a ser ele próprio. (...) Não há diferença essencial entre controlar geneticamente o perfil de meu filho, e controlá-lo educacionalmente. (...) Como fazer que o narcisismo não prevaleça sobre o respeito ao outro? (RIBEIRO, 2003: pp. 5-6).

A ciência, hoje, se traduz em um máximo de objetividade por um mínimo de tempo. Debate-se permanentemente entre os paradigmas que afirmam a ordem e o caos. Do lado da ordem temos a objetividade, causa e efeito; como exemplo mais recente, a medicina preditiva, baseada no conhecimento sobre o genoma humano. Do lado do caos, a temporalidade mínima, pouca duração das afirmações, ciência de verdades transitórias.

Pela ética da responsabilidade, essa nossa pós-modernidade, além do que já foi considerado, também pode trazer possibilidades de se criar um paradigma de uma ciência pós-moderna, a exemplo da reação dos ambientalistas sérios, diante do enorme risco ambiental em que fomos lançados, nos moldes de “um conhecimento prudente para uma vida decente” (SANTOS, 2001: p. 91). De igual maneira, pode-nos proporcionar inéditas possibilidades de criação e de compartilhamento de experiências.

Apesar da acusação de especialistas da reprodução acerca de uma certa disseminação de terror científico, exagerado, por parte dos defensores da bioética,

estamos falando de fatos passíveis de ser alcançados pelo desenvolvimento das técnicas, e não exatamente da probabilidade de serem postos em prática, tudo depende de nossas escolhas.

A tarefa não é fácil, mas é coletiva, pois temos também de pensar em um outro risco, igualmente perigoso para a humanidade, de retomar o culto a uma natureza mãe perfeita, intocável e irretocável, e de transportar a ciência, de mito do bem, para ocupante de um lugar satânico, e emplacar determinismos nostálgicos e conservadoristas, no sentido de não permitir a criação de novas tradições culturais, dando margem a movimentos fundamentalistas, que apenas sabem falar a linguagem do mesmo e da violência.

Na palavra de Costa (1997), não devemos nos agarrar a nostalgias passadistas, ou reabilitar as famílias e os doces amargos lares de antigamente, o que deve ser feito é pensar em outras formas de interação, nas quais sujeitos singulares também possam se apoiar nos outros, construir ideais democráticos, reabilitar e inventar novos vínculos, vínculos fraternos, hospitalidade, lealdade, recolocar o entusiasmo pela criação de um mundo novo, comum, e não erigir um mundo individual perfeito. Poderíamos ousar imaginar:

(...) que o progresso e o maravilhoso das descobertas científico-tecnológicas podem existir sem o jogo da cupidez e a exploração da vida dos outros. (...) Imaginar tudo isso pode dar trabalho. Pode mesmo exigir uma dedicação ao outro e a nós que desaprendemos a ter, tal a dependência que criamos das técnicas e dos artefatos do mercado como meios de solucionar até as mais delicadas intermitências do coração (COSTA, 1997: p. 8).

Preferir a idéia de solidariedade é preferir fazer julgamentos éticos sempre baseados na idéia de que nossas crenças são contingentes, que somos seres humanos que criamos as idéias e que somos sujeitos morais que deliberam, agem e são responsáveis por suas ações. A solidariedade só é possível se virmos identidades como cooperativas, não somente adversárias.

A idéia trazida pelos pragmáticos da ciência como solidariedade nos faz refletir na questão de que o melhor caminho, além da objetividade da ciência tradicional, para encontrar algo em que acreditar, ou seja, nossas verdades, é a capacidade de podermos escutar tantas descrições quantas se puder. A maior

virtude do cientista não é apenas a virtude intelectual da racionalidade, mas sim, a virtude moral da ciência enquanto solidariedade. As ciências humanas e as descobertas da ciência, que refletem na vida humana, não podem ser livres de valores. A tarefa do cientista não é somente promover avanços e aperfeiçoamentos, superando limites, mas também promover avanços para nossa capacidade de pensar os outros como nós mesmos, nossa habilidade de nos identificarmos com os outros.

Na utopia de Rorty (s.d.), há mais conversa sobre originalidade do que sobre rigor, há mais lugar para os vocabulários das artes e da poesia, e a comunidade científica se sobreporia à imagem do cientista-estrela, que luta contra a ilusão, norteado pela razão. Nessa utopia, racionalidade se identifica com o esforço conjunto para melhoria e preservação da cultura humana planetária.

REFERÊNCIAS

- AMAZONAS, M. C. L. de A. **A respeito do uso da palavra desconstrução, por Jacques Derrida, um estudo preliminar**. Artigo ainda não publicado. Cópia cedida pela autora. Universidade Católica de Pernambuco, 2003.
- ARAGÃO, R. O. De mães e de filhos. Artigo on-line disponível em: <<http://www.estadosgerais.org>> (Acessado em 22.02.2002).
- AULAGNIER, P. Observações sobre a feminidade e suas transformações. In: CLAVREUL, J. (et. al.) **O desejo e a perversão**. Campinas: Papirus, 1990. p. 67-96.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARBOSA, R. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: produzindo classes distintas de mulheres? In: GROSSI, M.; PORTO, R.; TAMANINI, M. (Orgs.) **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios**. Brasília: Letras Livres, 2003. p. 41-49.
- BARROS, T. **Psicanálise e reprodução: esterilidade, adoção e fertilização assistida**. Trabalho apresentado em atividade científica da Sociedade Psicanalítica do Recife (SPR). Cópia cedida pela autora. Junho, 2001.
- BENJAMIN, W. O narrador. In: **Obras escolhidas**. 4ª edição. Vol I. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 197-221.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000a.
- _____. Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos! In: Kehl, M. R. (org.). **Função fraterna**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000b. p. 171-208.
- _____. **Gramáticas do erotismo: a feminilidade e suas formas de subjetivação em psicanálise**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BRASIL. Senado Federal. Projeto de lei nº 90 de 1999. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>> (Acessado em 25.04.2002).
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1.358/92. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>> (Acessado em 25.04.2002).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>> (Acessado em 13.01.2003).

BRASIL. Lei Federal nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>> Acessado em 16.09.2002.

BRAZ, M. Autonomia: onde mora a vontade livre? In: CARNEIRO, F. (Org.) **A moralidade dos atos científicos: questões emergentes dos comitês de ética em pesquisa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

CECCARELLI, P. R. **As bases mitológicas da normalidade** (s. d). Disponível em: <<http://www.ceccarelli.psc.br>> (Acessado em 25/03/2004).

CHATEL, M. M. **Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução**. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1995.

CNN. Empresa científica ligada a seita polêmica alega ter produzido primeiro bebê clonado (27.12.2002). Artigo on line disponível em: <<http://cnn.com.br/2002/saude>> (Acessado em 28.12.2002).

COLLUCCI, C. **Quero ser mãe. Histórias reais de mulheres que engravidaram com a ajuda da ciência**. São Paulo: Palavra Mágica, 2000.

CORRÊA, M. V. Novas tecnologias reprodutivas: doação de óvulos. O que pode ser novo nesse campo? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(3): 863-870, jul-set, 2000.

_____. **Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?** Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

_____. Medicina reprodutiva e desejo de filhos. In: GROSSI, M.; PORTO, R.; TAMANINI, M. (Orgs.) **Novas tecnologias reprodutivas concepitivas: questões e desafios**. Brasília: Letras Livres, 2003. p. 31-38.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

_____. **A ética e o espelho da cultura**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

_____. **Não mais, não ainda: a palavra na democracia e na psicanálise**. (1997) Texto on line disponível em: <<http://www.jfreirecosta.hpg.ig.com.br>> (Acessado em 14/06/2002).

_____. Playdoier pelos irmãos. In: KEHL, M. R. (org.) **Função fraterna**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. p. 7-30.

CRITELLI, D. M. **Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica**. São Paulo: EDUC/Brasiliense, 1996.

DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo. Comentários sobre a sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DEL PRIORE, M. Homens e mulheres: o imaginário sobre a esterilidade na América portuguesa. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, Vol. VIII(1): 99-112, Mar-Jun, 2001.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. Primeiro mamífero clonado é sacrificado: ovelha Dolly estava com doença pulmonar grave. Recife, sábado, 15 de fevereiro de 2003.

_____. Imip terá residência em reprodução. Recife, domingo, 21 de setembro de 2003.

DINIZ, D. e CORRÊA, M. Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(3):679-688, mai-jun, 2001.

DOLTO, F. **No jogo do desejo: ensaios clínicos**. Lisboa: Relógio D'água editores, 1993.

DOLTO, F. e HAMAD, N. **Destinos de crianças**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos**. São Paulo: Educ e Petrópolis: Vozes, 1996.

FLAUBERT, G. **Madame Bovary** (1857). Porto Alegre: L&PM, 2003.

FREUD, S. A dissolução do complexo de Édipo (1924). In: **Obras Completas**, Vol. XIX, Ed. Standard. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

_____. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos (1925). In: **Obras Completas**, Vol. XIX, Ed. Standard. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

_____. O mal-estar na civilização (1930). In: **Obras Completas**, Vol. XXI, Ed. Standard. Rio de Janeiro: Imago, 1ª ed., 1974.

_____. Sexualidade feminina (1931). In: **Obras Completas**, Vol. XXI, Ed. Standard. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

_____. Feminilidade (1933). In: Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, **Obras Completas**, Vol. XXII, Ed. Standard. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GADAMER, H. G. Ouvir – ver – ler (1984). In: **Arte y verdad de la palabra**. Barcelona: Paidós Studio, 1998: pp. 69-81 (capítulo traduzido por Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas).

GIDDENS, A. Os contornos da alta modernidade. In: **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002. p. 17-38.

GÓMEZ, G. Q. Afinal, as mães têm os filhos sozinhas? In: PLASTINO, C. A. (Org.) **Transgressões**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2002.

GRASSI, M. V. F. C. **A dor que não se sofre: temporalidade e adoecimento na pós-modernidade**. Exemplar fotocopiado (s.d.).

GUATTARI, F e ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

HUXLEY, A. **Admirável mundo novo** (1932). 2ª ed. São Paulo: Edibolso, 1976.

IBSEN, H. **Casa de bonecas** (1879). 2ª ed. São Paulo: Veredas, 2004.

JORNAL NACIONAL. Bebê sem registro. Reportagens exibidas em 31.05, 03.06 e 14/06/2004. Disponível em: <<http://jornalnacional.globo.com>> (Acessado em 08/11/2004).

JULIEN, P. **A feminilidade velada: aliança conjugal e modernidade**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

KEHL, M. R. **Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

_____ Existe a função fraterna? In: KEHL, M. R. (org.) **Função fraterna**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. p. 31-47.

_____ **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KOTTOW, M. Bioética del comienzo de la vida. ¿Cuántas veces comienza la vida humana? **Bioética**, Revista do CFM. vol. 9, nº 2: p. 25-42. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2001.

LEBOYER, F. **Nascer sorrindo**. 13ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: **Antropologia estrutural**. Vol. I, 5ª edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. p. 215-236.

LINS, D. S. (Org.) **Cultura e Subjetividade: saberes nômades**. Campinas, SP: Papyrus, 1997.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

LUNA, F. Reproducción asistida y "sabor local": contexto y mujer en Latinoamérica. **Bioética**, Revista do CFM. vol. 9, nº 2: p. 83-98. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2001.

MANSUR, L. H. B. **Sem filhos: a mulher singular no plural**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

McGLEENAN, T. As implicações éticas da investigação em embriões humanos. **Parlamento Europeu**, julho de 2000. Documento on-line disponível em <<http://europarl.eu.int/stoa>> (Acessado em 30/04/2002).

MELMAN, C. **Novas formas clínicas no início do terceiro milênio**. Porto Alegre: CMC, 2003.

MINAYO, M. C. De S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec e Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MORIN, E; CIURANA, E. R.; MOTTA, R. D. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2003.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

NAJMANOVICH, D. Novos sofrimentos psíquicos? **Cadernos de Subjetividade**, PUC/SP, vol I, nº 1: p. 67-74, 1993.

QUINET, A. As novas formas do sintoma na medicina. Artigo on line disponível no portal eletrônico Estados Gerais da Psicanálise, no endereço: <http://www.estadosgerais.org/historia/160-as_novas.shtml> Textos em interlocução até 2000 (Acessado em 11/01/2005).

REVISTA GLOBO CIÊNCIA. Tudo para ter um bebê. Ano 4, nº 45, pp.:24-33. Rio de Janeiro: Ed. Globo, abr. 1995.

REVISTA VEJA. À espera do bebê que não vem. Ano, 28(37), pp.:86-91, 13.09.1995.

RIBEIRO, R. J. **Prometeu versus Narciso: a ética e a clonagem** (2003). Documento eletrônico disponível em: <<http://www.mct.gov.br/especial>> (Acessado em 01.04.2004).

- ROCHA-COUTINHO, M. L. **Tecendo por trás dos panos. A mulher brasileira nas relações familiares.** Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- ROLNIK, S. Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura. In: LINS, D. (org.) **Cultura e Subjetividade: saberes nômades.** Campinas: Papirus, 1997. p. 25-34.
- RORTY, R. **Contingência, ironia e solidariedade.** Lisboa: Editorial Presença, 1994.
- _____. **Ciência enquanto solidariedade.** Texto avulso fotocopiado (s.d.).
- ROTANIA, A. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas no contexto da tecnociência. In: GROSSI, M.; PORTO, R.; TAMANINI, M. (Orgs.) **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios.** Brasília: Letras Livres, 2003. p. 15-28.
- ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- _____. **A família em desordem.** Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- SAFRA, G. **A pós-ética na clínica contemporânea.** São Paulo: Idéias e Letras, 2004.
- SALOMONE, R. Têm até sala de parto. **Revista Veja**, ed. 1835, ano 37, nº 1, p. 87, 07 de janeiro de 2004.
- SANTOS, B. de S. **Pela mão de alice: o social e o político na pós-modernidade.** 8ª Edição. São Paulo: Cortez, 2001.
- SILVA, T. T. da (Org.) Kathryn Woodward e Stuart Hall. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais.** Petrópolis: Vozes, 2000.
- SOUZA, S. R. L.; DIAS, C. M. S. B.; MORATO, H. T. P. **A experiência de adolescentes abandonados e institucionalizados frente ao desligamento institucional.** Artigo elaborado a partir de dissertação de mestrado. Universidade Católica de Pernambuco, Mestrado em Psicologia Clínica, março de 2001.
- TEICH, D. H. & OYAMA, T. Em busca do bebê perfeito. **Revista Veja**, nº 44, ed. 1622, ano 32. São Paulo: Abril, 03.11.1999.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1992.
- WINNICOTT, D. W. A Preocupação Materna Primária (1956). In: **Da pediatria à psicanálise** (pp.399-405). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- WOOLF, V. **Mrs. Dalloway** (1925). 9ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

FONTES CONSULTADAS PARA ELABORAÇÃO DAS NOTAS DE RODAPÉ

ABDELMASSIH, R. **Tudo por um bebê**. 2ª Edição. São Paulo: Globo, 1999.

_____. Aspectos gerais da reprodução assistida. **Bioética**, Revista do CFM, vol. 9, nº 2: p. 15-24. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2001.

BRASIL, S. Menino ou menina? Você já pode escolher. **Revista Veja**, ed. 1872, ano 37, nº 38, 22-set-2004, Editora Abril, 101-107.

CARELLI, G. Tudo por um filho. **Revista Veja**, 34(18), pp. 108-115, 09.05.2001.

CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA DE CAMPINAS/SP. Procedimentos (diversos). Documento eletrônico disponível em: <<http://www.reproduçãohumana.com.br>> (Acessado em 11/04/2002).

CIGO – CLÍNICA DE FERTILIZAÇÃO IN VITRO. Glossário. Documento eletrônico disponível em: <<http://www.cigo.com.br/cigo/duvida/glossario.htm>> (Acessado em 04/08/2003).

CLÍNICA DALE. Sobre fertilidade (diversos). Documento eletrônico disponível em: <<http://www.clinicadale.com.br>> (Acessado em 11/04/2002).

CORRÊA, M. V. **Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?** Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

Highlights in fertility and sterility. Revista eletrônica da **ASRM – American Society for Reproductive Medicine**. Disponível em: <<http://www.asrm.org>> (Acessado em março, 2002).

MOORE, K. L. **Embriologia clínica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1975.

REVISTA GLOBO CIÊNCIA. Tudo para ter um bebê. Ano 4, nº 45, pp.:24-33. Rio de Janeiro: Ed. Globo, abr. 1995.

ROGER ABDELMASSIH – CLÍNICA E CENTRO DE PESQUISA EM REPRODUÇÃO HUMANA. Tratamentos (diversos). Documento eletrônico disponível em: <<http://www.abdelmassih.com.br/tratamentos>> (Acessado em 16/01/2002).

SOBOTTA, J. e BECHER, H. **Atlas de anatomia humana**. Tomo II. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977.

SBRA - SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. Portal eletrônico disponível em: <<http://www.sbra.com.br>> (Acessado em 18/04/2002).

ANEXOS

1. Termo de consentimento.
2. Carta de informação à participante.
3. Parecer do Comitê de Ética da UNICAP.

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informada a respeito dos objetivos da pesquisa que tem como tema: “maternidade e tecnologias de procriação”, realizada pela mestranda Maria da Graça Reis Braga, para a dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade Católica de Pernambuco, e concordo participar espontaneamente, concedendo uma entrevista Gravada () / Registrada por escrito (), uma vez que foi garantido o meu anonimato.

Recife, _____ de _____ de 2003.

Assinatura do participante

CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa se propõe realizar um estudo sobre o sentido atribuído à maternidade por mulheres que estão se submetendo, ou já se submeteram, a tratamentos para engravidar, tendo como tema: “Maternidade e Tecnologias de Procriação”. Sua participação se resumirá em conceder uma entrevista, que será gravada e/ou registrada por escrito, conforme sua autorização.

A realização da entrevista não terá um prazo prévio para o término. Os dados coletados serão posteriormente analisados.

Em hipótese alguma, os participantes da entrevista serão identificados, sendo esta apenas do conhecimento das entrevistadoras, que nada revelarão, por questões éticas.

Agradecemos-lhes antecipadamente

Recife, _____ de _____ de 2003.

Maria Cristina Amazonas
Orientadora

Maria da Graça Reis Braga
Pesquisadora



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COORDENAÇÃO DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Registro nº 25000-050953/2004-81CONEP/CNS/MS, de 22/04/2004

Recife, 03 de agosto de 2004.

PARECER CEP Nº 085/2004

O Comitê, em reunião do dia 03 de agosto de 2004, considerou **APROVADO**, o projeto de nº **CEP 087/2004**, intitulado:

Maternidade e Tecnologias de Procriação, que tem, como pesquisador(a) principal:

Prof(a) Dra. **Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas**

RESUMO DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O estudo não apresenta riscos de agravos éticos e está em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com a Declaração do Helsinque e com o Código de Nuremberg para experimentação humana.

Valemo-nos da oportunidade para solicitar-lhe que, ao consultar a UNICAP/PROPESP, indique o número do processo já referenciado.

Atenciosamente

Prof. Dr. Junot Cornélio Matos

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAP

Prof^a. Dra. Arminda Saconi Messias

Coordenadora de Pesquisa