



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
LINHA DE PESQUISA: SAÚDE E SOCIEDADE**

MARIA PATRÍCIA MESQUITA PEREIRA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E NOVAS TECNOLOGIAS
REPRODUTIVAS:
estudo sobre acesso de mulheres na busca por filhos no
Hospital Universitário Lauro Wanderley**

**JOÃO PESSOA – PARAÍBA
MAIO DE 2014**

MARIA PATRÍCIA MESQUITA PEREIRA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E NOVAS TECNOLOGIAS
REPRODUTIVAS:
estudo sobre acesso de mulheres na busca por filhos no
Hospital Universitário Lauro Wanderley**

Texto para Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB), como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre. Sob orientação do Prof. Dr. Eduardo Sergio Soares Sousa

P436i Pereira, Maria Patrícia Mesquita.
 Itinerários terapêuticos e novas tecnologias reprodutivas:
 estudo sobre acesso de mulheres na busca por filhos no
 Hospital Universitário Lauro Wanderley / Maria Patrícia
 Mesquita Pereira.- João Pessoa, 2014.
 91f.
 Orientador: Eduardo Sergio Soares de Sousa
 Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA
 1. Família (sociologia). 2. Busca por filhos - acesso -
 dificuldades. 3. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas.
 4. Itinerários terapêuticos.

UFPB/BC

CDU: 316.356.2(043)

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

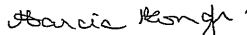
**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E NOVAS TECNOLOGIAS
REPRODUTIVAS: estudo sobre acesso de mulheres na busca
por filhos no Hospital Universitário Lauro Wanderley**

Maria Patrícia Mesquita Pereira

Banca de Examinadores


Eduardo Sergio Soares Sousa – PPGS/UFPB
(Orientador)


Adriano de Leon – PPGS/UFPB
(Examinador)


Márcia Longhi Reis – PPGA/UFPB
(Examinadora)

*Ao meu Bondoso Deus, a Alexandre,
e aos meus pais, Socorro e Antônio
Dedico!*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer ao meu Deus. A Ele a Honra, a Glória e o Louvor. Cheguei até aqui foi por sua permissão e misericórdia. Não foi fácil chegar até aqui, mais por sua Infinita Graça aqui estou.

Quero também agradecer a Alexandre, meu esposo, por me amar e estar comigo em toda a minha trajetória acadêmica, por me dar forças e acreditar em mim.

Aos meus pais: Socorro e Antônio, que foram aqueles que em muito contribuíram com a minha formação não só acadêmica, mas para a minha formação pessoal. Minha avó Luzia, minhas tias: Ninha e Maria.

Agradeço ao meu orientador Eduardo Sergio pela orientação, e que mesmo sendo muito ocupado sempre conseguiu um tempinho pra mim. Além de me dar seu total apoio.

O meu obrigado também a Ednalva Maciel aquela que em muito contribuiu para minha formação acadêmica, que sempre foi muito além da professora orientadora, foi um exemplo, e por quem tenho muito carinho.

Aos professores que compõem esta banca: Adriano de Léon e Márcia Longhi. A todos os professores do curso de Ciências Sociais e de Sociologia que a quem devo a minha formação: Mônica Franch, Patrícia Goldfarb, Artur Perrucci, Ana Montóia, Flávia Pires, Tereza Queiroz, Rogério Medeiros, Tereza Cristina, Simone Brito, Giovanni Boas.

À Janilma, uma pessoa maravilhosa, a minha amiga de todas as horas (literalmente), com quem compartilho sempre minhas aflições, medos, angustias, alegrias, objetivos. Foi uma amiga que o PPGS (Programa de Pós-Graduação em Sociologia) me presenteou, uma amizade que foi além da Universidade, e que apesar da distancia é uma das pessoas mais presentes em minha vida.

As minhas amigas que estão sempre presentes e que em muito me ajudaram em orações são elas: Janaína, Juceline, Rayanne, Leir, Eligeane, Domilsa, Silvia, Edilma. Aos amigos do curso: Débora, Wilka, Jessica, Manuela, Patrícia, Priscila, Lucas, Alba e Lígia. Aos amigos que conquistei no

decorrer do curso de Ciências Sociais: Misael, Dayse, Marília, Priscilla, Alysson, Ruan.

Meu muito obrigado à Nancy, que sempre nos recebia, esclarecia nossas dúvidas e que com um sorriso e com sua simpatia nos ajudou a passar por todo este processo do mestrado. Uma funcionária muito inteligente e profissional.

Agradeço também a CAPES que nesses dois anos me proporcionou uma bolsa e todas as coisas boas que a acompanham, além da oportunidade de cursar o mestrado em Sociologia.

Enfim, agradeço a todos que diretamente e indiretamente contribuíram para que chegasse onde cheguei. Tenho a certeza de que agora uma nova etapa se inicia. A todos, meu muito obrigado!

Resumo

Este trabalho pretende discutir acerca dos Itinerários Terapêuticos e as Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas. Neste sentido, pretende-se entender como casais de baixa renda vêm tendo o acesso às técnicas e procedimentos médicos que permitem que casais impossibilitados de alguma maneira de ter filhos venham a tê-los. Tem como objetivo entender quais os itinerários terapêuticos que são percorridos pelos casais que desejam ter filhos, ou seja, os caminhos percorridos por mulheres na busca pela biomedicina para contornar as dificuldades para ter filhos. A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa (PB) por meio de entrevista semiestruturada aplicadas nas mulheres que estão buscando serviço de Planejamento Familiar porque não conseguem engravidar. A pesquisa nos mostrou alguns pontos interessantes, tais como: a maioria das mulheres encontram dificuldades diversas para acessar os serviços do HULW. A análise dos itinerários terapêuticos dessas mulheres revelou que a busca por um filho faz parte da “pressão social” para ter filhos e, mais ainda, que o desejo por filhos é um desejo social, que foi construído socialmente, e que as mulheres vão se submeter à medicalização para dar conta da realização deste desejo. Ou ainda, algumas dessas mulheres afirmaram que este era não só um sonho dela, mas do marido. Vale ressaltar que embora o Estado diga que há um planejamento familiar, percebemos que há sim um planejamento, mas que é centrado apenas no corpo da mulher, tendo em vista que tal planejamento não abarca a saúde do homem.

Palavras-chave: Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas. Itinerários Terapêuticos. Busca por Filhos. Acesso. Dificuldade.

Abstract

This paper discusses about the Therapeutic Itineraries and New Reproductive Technologies conceptive . In this sense, we intend to understand how low-income couples are having access to technical and medical procedures that allow couples somehow unable to have their children. This work aims to understand the therapeutic itineraries that are traversed by couples wishing to have children , that is , the paths taken by women in pursuit of biomedicine to overcome the difficulties in having children . The research was conducted at University Hospital Lauro Wanderley (HULW) in João Pessoa (PB) through semi-structured interviews applied to women who are seeking family planning services because they can not get pregnant . Research has shown us some interesting points , such as : most women have several difficulties to access the services of HULW . The analysis of therapeutic itineraries of these women revealed that the search for a child is part of the "social pressure " to have children and , further , that the desire for children is a social desire, which was socially constructed , and that women will submit to medicalization to account for the realization of this desire . Or, some of these women said it was not only their dreams , but their husband's dream. It is noteworthy that although the State says that there is a family planning we realized that there is a plan , but that this planning is only focused on the female's body and health, considering that such plan does not include man 's human body and health .

Keywords: New Reproductive Technologies conceptive. Therapeutic itineraries. Searching for Children. Access. Difficulty.

SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CECF - Conselho Estadual da Condição Feminina
CID – Classificação Internacional de Doenças
CEDRUL - Centro Diagnóstico Radiografia e Ultrassonografia
CIPD - Conferencia Internacional de População e Desenvolvimento
CRM – Conselho Regional de Medicina
DIU- Dispositivo Intrauterino
FIV- Fertilização *In vitro*
HULW - Hospital Universitário Lauro Wanderley
IA – Inseminação Artificial
ICSI – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide
IT – Itinerários Terapêuticos
NTR- Novas Tecnologias Reprodutivas
NTRC- Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas
OMS – Organização Mundial da Saúde
RA- Reprodução Assistida
SUS – Sistema Único de Saúde
UFPB- Universidade Federal da Paraíba

Sumário

Introdução.....	1
1 Referencial teórico das novas tecnologias reprodutivas.....	11
1. 1 Novas Tecnologias Reprodutivas: uma contextualização.....	11
1. 2 Infertilidade e Novas Tecnologias Reprodutivas.....	15
1. 3 Itinerários Terapêuticos e Novas Tecnologias Reprodutivas: o que o acesso tem a ver com isto?.....	23
1.4 Políticas de Saúde e Novas Tecnologias Reprodutivas.....	34
2 Novas tecnologias reprodutivas e medicalização do corpo feminino.....	37
2.1. Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas: um debate acerca dos Direitos Reprodutivos.....	38
2.2. Medicalização do Corpo Feminino.....	44
3 Desdobramentos da pesquisa: resultados.....	51
3.1. Novas Tecnologias reprodutivas e ambulatório: um espaço feminino?.....	52
3.2 As entrevistas.....	57
3.3. Mulher laqueada pelo marido sem que ela soubesse.....	60
3.4. Análise das Entrevistas.....	62
4 Considerações finais	72
Referências bibliográficas.....	76
Apêndice.....	80

Introdução

Este trabalho consiste em um estudo sobre o tema das Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas, e tem como objetivo trazer uma discussão acerca dos itinerários terapêuticos e do acesso de casais de baixa renda a tais procedimentos. Considerando que vivemos em um país em que a desigualdade social é clara, nos inquieta saber: como casais de baixa renda conseguem ter acesso a tais procedimentos, se são técnicas consideradas caras?

O interesse pelo assunto surgiu a partir de uma primeira aproximação com o tema das Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas (NTRC) numa disciplina intitulada Família e Relações de Gênero, ministrada pela Prof.^a Dr.^a Mônica Franch no curso de Ciências Sociais da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), durante a graduação em Ciências Sociais. Neste momento, foi possível notar algumas implicações que tais técnicas evocavam em temas tais como: gênero, masculinidade, virilidade, feminismo, entre outros.

A partir da análise bibliográfica, ficou claro que tais técnicas eram caras e que casais de baixa renda têm dificuldades de acesso de várias ordens, desde a falta de informações sobre o serviço até dificuldades de fazer o procedimento por questões financeiras – uma vez que o valor total de cada procedimento é por volta de R\$ 20.000 e, muito embora os casais possam fazer tais procedimentos através do Sistema Único de Saúde (SUS), terão que arcar com os custos com medicamentos, que correspondem a 50% do valor total do tratamento.

Ou seja, mesmo que o procedimento venha a ser realizado por meio do SUS, os casais terão gastos em torno de R\$10.000 com os medicamentos. Consideramos que, ainda assim, esse é um valor muito alto. Na literatura sobre o tema pudemos perceber que para acessar os métodos os casais utilizarão várias estratégias como: a venda de bens, pedir emprestado aos familiares, entre outras.

É um tema que vem sendo investigado por nós desde o Trabalho de Conclusão de Curso realizado ao final da graduação em Ciências Sociais, no qual se pretendia investigar casais de baixa renda e suas estratégias para

acessar os serviços de Reprodução Assistida (em um primeiro momento). Como não conseguimos encontrar casais, em virtude de dificuldades de várias ordens, buscamos, então, fazer entrevistas com profissionais que oferecem o serviço. E mais vez não foi possível. Sendo assim, o campo foi marcado por várias dificuldades como: encontrar casais, conseguir entrevistas com os atores sociais que oferecem o serviço (médicos), acessar as clínicas, ter acesso às políticas de planejamento familiar oferecidas pela Secretaria Municipal e Estadual de saúde, ou seja, entrar no campo de pesquisa propriamente dito.

Tendo em vista essas dificuldades, o processo de reflexão teve que ser mudado, ou seja, ao invés de pesquisar casais que buscam ou agentes sociais que oferecem os procedimentos, fizemos uma reflexão sobre o que essas dificuldades queriam dizer sobre o tema, pois, se todas elas estavam aparecendo, deveria haver um motivo. Nossa discussão esteve pautada, então, nessas dificuldades e nas suas implicações no tema das Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas.

Entendemos, então, que as Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas estão envoltas por questões relacionadas ao anonimato, ao segredo, à intimidade, à virilidade, ao sigilo. E que a infertilidade é algo que, de alguma forma, não é bem vista em nossa sociedade, pois passa pela lógica do “problema”. Entendemos que a sociedade exerce uma “pressão social” sobre estes casais para que tenham filhos, pois ter filhos é algo predeterminado, e o desejo por filhos é, por sua vez, socialmente constituído, permeando nossa sociedade.

Assim, o tema das Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas é de grande importância, e nos ajuda não só a entender como alguns arranjos sociais são criados a partir de tais técnicas, mas também põe em jogo vários aspectos interessantes ao envolver temas como virilidade, masculinidade, infertilidade, feminismo, anonimato, entre outros apresentados neste trabalho.

Ao abordá-lo, procura-se entender porque essa busca por filhos se dá entre os casais, e, deste modo, quais as motivações sociais que os fazem ir à busca destas técnicas para dar conta da realização do “sonho” que é ter filhos. Neste sentido, perguntamo-nos se aquilo que os casais estão conseguindo alcançar é de fato um direito à reprodução. Assim, discutimos acerca da

problemática do acesso no que diz respeito tanto às dificuldades como às estratégias adotadas por casais que têm recursos financeiros limitados.

No entanto, para seguir adiante, precisamos saber o que são Novas Tecnologias Reprodutivas.

Trata-se de procedimentos médicos que têm em vista a procriação ou a reprodução. Novas Tecnologias Reprodutivas é um termo utilizado pelas Ciências Sociais para se diferenciar daquele utilizado pela biomedicina, que se vale da expressão Reprodução Assistida (RA) para descrever os mesmos procedimentos.

Tais procedimentos englobam tanto tecnologias reprodutivas contraceptivas quanto conceptivas. Tecnologias contraceptivas são aquelas que têm em vista a contracepção, ou seja, métodos que são utilizados para se evitar filhos. Nesse âmbito, os métodos mais conhecidos e utilizados são a pílula anticoncepcional, DIU, laqueadura, camisinha, entre outros. Já as chamadas tecnologias conceptivas têm em vista, como o próprio nome já diz, a concepção, neste sentido, os casais recorrem a tais métodos para ter filhos sem a necessidade de ter relações sexuais, pois os procedimentos são realizados em laboratórios. Existem alguns métodos mais conhecidos, como a inseminação artificial, a fertilização *in vitro* (também conhecido como “bebê de proveta”), e a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide.

Mesmo que a identificação da causa da infertilidade não seja clara, pode-se fazer uso dos métodos de Reprodução Assistida (RA). Sendo assim, a fertilização *in vitro* consiste num procedimento que exige um período de estimulação dos ovários com altas doses de medicamentos hormonais femininos para, em seguida, realizar a coleta dos óvulos, os quais serão fertilizados no laboratório com o sêmen previamente tratado e selecionado. Na inseminação artificial (IA), os ovários passam por uma leve estimulação hormonal e, posteriormente, o sêmen tratado é introduzido no colo do útero durante o período fértil da mulher.

Já a chamada Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide, também conhecida como micro injeção, é uma variedade da Fivete, ou seja, um único espermatozoide é injetado no óvulo, tal procedimento é indicado para casos graves de infertilidade masculina. Para todos os casos, há um protocolo biomédico que deve ser seguido antes da utilização destas técnicas e que

abarca desde a verificação de doenças sexualmente transmissíveis até o período proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que determina que casais só possam ser considerados inférteis após um ano tendo relações sexuais sem o uso de nenhum método contraceptivo. Tal protocolo tem como objetivo garantir a eficácia das técnicas aplicadas ao caso em questão.

Segundo Ramírez-Gálvez (2009), tanto a fertilização *in vitro* (FIV) como a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) representam uma ruptura, um novo paradigma no tratamento da infertilidade e subvertem a biologia da reprodução. A FIV possibilitou a atuação através de um deslocamento do corpo da mulher (como o próprio nome diz, a fecundação é feita fora do corpo da mulher, *in vitro*), podendo agir quando há “problemas” funcionais como a obstrução tubária. E a ICSI atua no nível celular, possibilitando a reprodução em homens com baixos índices de espermatozoides (Santos, 2010), no entanto, essa técnica também tem sido utilizada para garantir o nascimento de filhos do sexo masculino, alterando, assim, os mecanismos de seleção natural que se dão durante o ato sexual.

Segundo Naara Luna (2007), o nascimento do primeiro bebê gerado em proveta ocorreu em 1978, na Inglaterra, resultante do trabalho de pesquisa de Robert Edwards e Patrick Steptoe, ambos ginecologistas e obstetras.

Quanto à extensão dessa técnica para outros casos ao longo das últimas décadas do século XX, Luna (2007) dirá:

Desenvolvido para infertilidades por fator tubário, o tratamento se estende para infertilidade sem causa aparente em 1980; em 1983, para endometriose; em 1984 para fator imunológico e para fator masculino; em 1985 para fator cervical. Em 1983, se logram gravidez com embriões doados e a primeira experiência bem-sucedida de criopreservação de embriões humanos. A primeira gravidez com doação de óvulos em caso de falência ovariana ocorreu em 1984 (LUNA, 2007: 90).

É preciso ressaltar que, num primeiro momento, as pesquisas foram realizadas em animais, é só mais tarde em seres humanos. Somente após o nascimento do primeiro bebê de proveta foi feito o tratamento com casais

inférteis. Sendo assim, o nascimento do primeiro bebê ocorreu no ano de 1981 (Luna, 2007).

A técnica chamada Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI) deu-se da seguinte forma:

Em 1991, acidentalmente injetou-se um espermatozoide no citoplasma do óvulo e ocorreu a fertilização. Transferiu-se o embrião e em 1992 nasceu o primeiro bebê por meio da técnica depois denominada ICSI. A ICSI permite ultrapassar mecanismos protetores do óvulo contra espermatozoides anormais (LUNA, 2007: 92).

Luna (apud Abdelmassih, 2007) aponta que a técnica ampliou o atendimento, pois, a inseminação intrauterina e a FIV vão depender da quantidade e da qualidade desses espermatozoides. Na Reprodução Assistida o número reduzido de espermatozoides dificulta o procedimento. Já na ICSI é possível realizar o procedimento com um número reduzido de espermatozoides, pois “a ICSI permitiu a inclusão desse grupo de homens inférteis na reprodução assistida sem depender da doação de sémen” (Luna apud Abdelmassih, 2007: 92).

A partir destas considerações, procurou-se analisar quais são as estratégias que os casais pertencentes às camadas populares da cidade de João Pessoa/PB adotam quando descobrem a chamada infertilidade, e ainda quais as dificuldades encontradas por eles para acessar essas tecnologias. Neste sentido, nossa inquietação esteve pautada em saber como os casais buscam os tratamentos na tentativa de poder ter filhos e quais os caminhos percorridos por eles para acessar esses direitos. Como dito acima, tratou-se de aprofundar algumas questões que surgiram na monografia, tais como: onde encontrar os casais? Quais os Itinerários Terapêuticos dos casais na busca por filhos? Porque os casais não adotam? O que é ter um filho para essas mulheres? Como foi para essas mulheres descobrir que não podem ter filhos? Como lidam com impossibilidade de ter filhos? Quais são suas principais dificuldades?

Assim, o presente estudo vem trazer uma discussão acerca dos Itinerários Terapêuticos ligados ao acesso de casais de baixa renda aos procedimentos de Novas Tecnologias Reprodutivas, considerando que se trata de um tema relevante, sobretudo para a reprodução social destes grupos sociais, e que envolve também uma reflexão sobre as políticas de saúde e planejamento familiar no que diz respeito aos direitos reprodutivos da parcela pobre da população, que deveria ter acesso às tecnologias reprodutivas. Pretende-se, deste modo, contribuir para uma reflexão sobre o acesso desta parcela da população às políticas públicas de saúde e ao planejamento familiar, refletindo sobre a sistematização de uma política voltada para este segmento em particular.

É imprescindível destacar que, no âmbito legislativo, não há nenhum projeto de lei que garanta o acesso destes casais que não possuem condições financeiras para custear o tratamento a partir das NTRc. Pois, a maioria dos projetos de lei existentes irá tratar apenas de questões como a criopreservação de gametas, quantidade de embriões implantados. Considerando que, apesar de serem gratuitos, os procedimentos reprodutivos exigem que os gastos com medicamentos sejam de inteira responsabilidade dos casais, inviabiliza-se o acesso às tecnologias como direito social e reprodutivo, bem como sua democratização.

Ressaltando que o planejamento familiar ofertado é voltado para as mulheres, ou seja, pode-se notar que há uma ausência de homens nos consultórios de planejamento familiar, surge outra inquietação: será que este espaço é apenas feminino ou o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) de alguma forma exclui os homens deste serviço?

Ao longo da pesquisa, a análise da literatura deixou claro que as Novas Tecnologias Reprodutivas são enxergadas por pesquisadores do tema como “alta tecnologia”, ou “tecnologia de ponta”. Ou seja, as Novas Tecnologias Reprodutivas representam um grande avanço tecnológico. Desta forma, alargamos um pouco mais o campo das inquietações apresentadas com a seguinte questão: se tais técnicas representam esse avanço tecnológico, e avanços tecnológicos são caros, como casais de baixa renda ou que possuem recursos financeiros limitados vêm tendo acesso a elas? Eles têm tido de fato?

Com isso em mente, o objetivo desta pesquisa é entender/compreender *Os Itinerários Terapêuticos* de casais de baixa renda na busca por tratamento para a infertilidade. Para tanto, analisamos os percursos sociais utilizados e as motivações que levam os casais de camadas populares a buscarem as Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas e o reconhecimento de direitos reprodutivos, bem como as políticas de planejamento familiar. Interessa-nos saber como tomam conhecimento e vão à busca dos procedimentos de Reprodução Assistida em João Pessoa (PB), bem como entender qual o percurso realizado por esses casais para ter acesso a estas tecnologias.

Neste sentido, trata-se de uma pesquisa sociológica de natureza qualitativa na qual nos valem de entrevista semiestruturada aplicada nas mulheres que vão à procura dos serviços de saúde na tentativa de ter filhos, no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

Além dos aspectos e questões apresentados, cuja relevância procurei apontar, este estudo também revela sua importância como parte de um exercício de pesquisa que venho realizando na condição de profissional da Sociologia, na qual passo a ser vista como uma pesquisadora. No campo da Sociologia, isso significa trazer a reflexão sociológica para o plano das disputas sobre o fenômeno em questão e sobre as problemáticas envolvidas nele.

A revisão bibliográfica é o primeiro passo para tomar conhecimento dos estudos realizados neste campo, (como já indicado acima), ou seja, o levantamento bibliográfico ocorre durante todo o transcorrer da pesquisa. Mariza Peirano (1995) lembra que todo bom Cientista Social aprende e reconhece que é na sensibilidade para o confronto ou o diálogo entre teorias acadêmicas e nativas que está a riqueza e potencial das Ciências Sociais.

A partir de uma primeira aproximação com o tema através da revisão bibliográfica, foi possível perceber que este é um campo de pesquisa muito interessante e cheio de possibilidades de pesquisa – mesmo sendo de difícil acesso, como apontamos anteriormente.

O segundo passo ou momento volta-se para o campo de pesquisa propriamente dito, a partir da aproximação e da identificação de casais ou mulheres que estão encontrando dificuldades para engravidar.

A primeira aproximação com essas mulheres se deu a partir do HULW (Hospital Universitário Lauro Wanderley) no setor de planejamento familiar. Estamos falando apenas em mulheres em razão de que há uma dificuldade em encontrar homens no setor de planejamento familiar. Tal aspecto será melhor apontado mais a frente e abordado em um dos capítulos da dissertação. Podemos adiantar que são inúmeras as razões para a ausência dos homens. E, neste sentido, sempre são as mulheres que vão à busca da descoberta do “problema” que está a impedindo de engravidar.

Assim, na investigação realizada junto às mulheres fez-se um levantamento do perfil destas que realizam tratamento para engravidar no HULW (Hospital Universitário Lauro Wanderley), complementando as informações coletadas a partir das entrevistas. A entrevista semiestruturada, técnica utilizada por nós, tem como objetivo recolher informações sobre o tema investigado a partir de um roteiro temático baseado nos seguintes assuntos: história de “não ter filhos”, a descoberta das chamadas “impossibilidades” de não ter filhos, estratégias que adotaram, se houve escolha pelas NTRC, e dificuldades que enfrentam na tentativa de ter filhos.

Consideramos que, no âmbito deste estudo, a técnica da entrevista semiestruturada é a mais adequada, em razão do intervalo de tempo necessário para sua realização e também como forma de aproximação com os sujeitos da pesquisa. Além disso, ela garante um melhor aproveitamento da fala do entrevistado, pois, feita a pergunta, deixa-se que o entrevistado discorra acerca do que foi proposto. Na realidade, a semiestruturada corresponde então a um tipo de entrevista que permite ao pesquisador articular duas modalidades de entrevista, a estruturada e a não-estruturada, conforme aponta Neto (1994). Na primeira, o entrevistado recebe um questionário pronto, diferente da não-estruturada que permite que o entrevistado aborde livremente o tema proposto.

A análise de dados foi feita de forma a responder as questões propostas anteriormente e a atender aos pressupostos da pesquisa.

Além das estratégias apresentadas, utilizamos um método que permeia a especificidade da pesquisa de campo e que foi objeto de reflexão de Roberto

Cardoso de Oliveira (1998): o olhar, ouvir e escrever. Oliveira (1998) dirá que são estas as principais faculdades do entendimento que atravessam a pesquisa tornando-se objeto de reflexão no próprio exercício da pesquisa e da produção do conhecimento.

A dissertação é composta por três capítulos que objetivam dar conta de alguns temas que podem ser relacionados ao das Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas, trazendo aspectos relevantes para o estudo desta temática, tendo em vista o vasto campo que tais técnicas podem abarcar.

No primeiro capítulo, apresentamos o referencial teórico acerca do tema. Para tanto, alguns conceitos são importantes para que entendamos o tema das Novas Tecnologias Reprodutivas. Neste sentido, será abordada a história das Novas Tecnologias Reprodutivas e como chegaram no Brasil e ainda os itinerários terapêuticos dessas mulheres que buscam por esses procedimentos. Outro conceito a ser abordado é o da desigualdade e do acesso.

No segundo capítulo, tratamos de uma breve discussão acerca do debate do Movimento Feminista no Brasil, e como essas tecnologias passaram a ter um lugar de destaque no Movimento. Tendo em vista a luta do Movimento para garantir o direito das mulheres em decidir sobre o que fazer com o próprio corpo, o que de forma geral caracteriza a luta do Movimento que vai utilizar a máxima “Nossos corpos nos pertencem”. Vale ressaltar que essa máxima vai se relacionar à negativa das mulheres em ter filhos, pois não podemos esquecer a “pressão social” a que essas mulheres estão submetidas e que o lugar das novas tecnologias conceptivas é, para o feminismo, bastante controverso.

Outro ponto também abordado neste capítulo é a discussão acerca da medicalização do corpo feminino, principalmente quando se trata do controle exercido por médicos sobre o corpo das mulheres tanto no que diz respeito às Novas Tecnologias contraceptivas como às conceptivas – tendo em vista que essas mulheres passaram e passam até hoje por normas controladoras da fecundação através das técnicas de contracepção, como a laqueadura, que em um determinado momento passou a fazer parte da política de controle da natalidade. Ressalta-se ainda, neste capítulo, um aspecto do Movimento quando o assunto é Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas, aspecto que não pode ser ignorado neste trabalho e que, surgido num segundo momento,

diz respeito aos riscos que tais técnicas trazem para a saúde das mulheres, levando-se em consideração a estimulação ovariana e as altas taxas de hormônios às quais elas são submetidas. Sem falar nos danos psicológicos cada vez que um procedimento desta natureza não dá certo, e que acabam sendo o não dito da fertilização.

No terceiro capítulo, trazemos os desdobramentos que foram obtidos com a pesquisa. Neste sentido, será abordado algo que é muito comum nos consultórios de ginecologia, qual seja a ausência de homens nesses espaços, o que faz com que se tornem espaços aparentemente femininos. Nesse capítulo perguntamo-nos porque isso acontece, detectando as inúmeras razões que poderiam estar presentes. Será que há uma falta de interesse desses homens em acompanhar suas esposas? Há uma feminização da maternidade, vista como algo do feminino? Será que os homens não conseguem uma liberação de seu trabalho para acompanhar suas esposas nas consultas?

Traremos, assim, uma análise acerca dos dados que foram encontrados no campo de pesquisa propriamente dito, e como o processo reflexivo foi ganhando forma a partir das entrevistas que foram realizadas com essas mulheres.

Capítulo 1. Referencial Teórico das Novas Tecnologias Reprodutivas

As Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas passaram a ser um tema muito interessante para as Ciências Sociais, pois tais tecnologias trouxeram vários elementos socioantropológicos para se pensar a sociedade. Tendo em vista que tais técnicas rompem com a relação sexo/reprodução, ou seja, não necessariamente a relação sexual será necessária para gerar filhos, uma vez que eles podem ser gerados em laboratório. Ou ainda, que casais que têm dificuldades para ter filhos por vias naturais, vão conseguir tê-los através de procedimentos médicos.

Neste capítulo, abordaremos as Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas e o contexto histórico de seu surgimento, e como tais técnicas chegaram ao Brasil e passaram da iniciativa pública para a privada. Quando isto acontece vão ser geradas diversas questões e desafios, pois, ao sair do público para o privado, são criadas dificuldades de acesso, já que só tem acesso quem pode pagar.

Outros temas considerados relevantes também serão abordados neste capítulo, tais como: Itinerários Terapêuticos, infertilidade, e as políticas de saúde desenvolvidas no âmbito de tais técnicas.

1.1 Novas Tecnologias Reprodutivas: uma contextualização

Novas Tecnologias Reprodutivas são procedimentos médicos que têm em vista a concepção ou a não-concepção. Dentre estas técnicas temos aquelas denominadas contraceptivas e as conceptivas. As técnicas contraceptivas objetivam a não-concepção e, para tanto, existem alguns métodos que possibilitam a não procriação: camisinha, pílula anticoncepcional, Dispositivo Intrauterino (DIU), entre outros. As técnicas conceptivas, por sua vez, têm como objetivo a reprodução. Sendo assim:

Novas tecnologias reprodutivas ou técnicas de reprodução assistida são procedimentos da medicina de reprodução humana que substituem o ato sexual na concepção. As mais conhecidas são a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* (bebê de proveta). Tais técnicas supõem a manipulação de pelo menos um gameta fora do corpo. Na inseminação artificial, em contexto medicalizado, faz-se estimulação ovariana leve, depois sêmen tratado é introduzido através do colo do útero no período fértil. Na fertilização *in vitro*, ou FIV, após um período de estimulação dos ovários com altas doses de medicamentos hormonais, coletam-se óvulos que, por sua vez, são unidos em laboratório com sêmen tratado. O embrião é transferido para o útero ou congelado. A ICSI (injeção intracitoplasmática de espermatozóide) ou micro-injeção é uma variedade de FIV em que se injeta apenas um único espermatozóide no óvulo, com indicação em casos severos de infertilidade masculina para os quais o recurso alternativo seria o sêmen de doador. FIV e ICSI possibilitam que o embrião formado com o óvulo de uma mulher seja transferido para o útero de outra. Caso o bebê seja destinado à gestante, trata-se de doação de óvulos. Se a mulher engravidar a fim de entregar o bebê a outra, é um exemplo de cessão de útero, popularmente conhecida como “barriga de aluguel”. Em casos de infertilidade masculina, é possível também recorrer ao sêmen de doador (LUNA, 2005:396).

A inseminação artificial é a técnica mais antiga, nesta técnica é inserido sêmen tratado no útero da mulher, enquanto na Fertilização *in vitro*, ambos os gametas são tratados fora dos corpos e inseridos, logo após a fertilização, no útero da mulher. Já a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (IIE) é uma técnica indicada para casos graves de infertilidade, além de ser uma técnica considerada mais avançada.

Historicamente as Novas Tecnologias Reprodutivas chegaram ao Brasil, segundo Ramírez-Gálvez (2003), através dos serviços públicos/universitários. Eram as chamadas inovações tecnológicas ou tecnologias de ponta, que não só dizem respeito às Novas Tecnologias Reprodutivas mas também a outras inovações no campo da biomedicina. Tais inovações tecnológicas chegavam, num primeiro momento, aos hospitais universitários, em razão dos altos custos que essas técnicas implicavam. Ainda conforme Ramírez-Gálvez (2003), o treinamento nas inovações tecnológicas era transferido, num segundo momento, para a prática privada.

Uma das justificativas para esta mudança de percurso foi a de que houve um declínio de investimentos no setor público e do deslocamento de recursos públicos através da terceirização destes serviços. As Novas tecnologias chegam, assim, através de especialistas em reprodução humana, ou seja, especialistas internacionais que vinham treinar os médicos do Brasil.

Corrêa (apud Ramírez-Gálvez, 2003) cita o Curso Internacional de Reprodução Humana o qual foi agenciado por um centro de planejamento familiar no Estado de São Paulo e financiado por empresas de iniciativa privada, um canal de televisão, a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. O canal de televisão tinha como objetivo adquirir direitos exclusivos de transmissão do primeiro procedimento de fertilização *in vitro* no país e assim transmitir ao vivo estes métodos.

Havia cursos e seminários que eram promovidos por especialistas de renome internacional e que deram início às tentativas de fertilização *in vitro* em pacientes de clínicas privadas. Estas pacientes eram voluntárias e estavam inscritas em programas privados de Reprodução Assistida. Elas seriam acompanhadas por médicos locais supervisionados pelos especialistas internacionais.

O fato é que uma das pacientes que era voluntária morreu enquanto se submetia à punção para a retirada de folículos. Isto ocorreu em 1982, e marcou o início da Reprodução Assistida no Brasil. Segundo Ramírez-Gálvez (2003), este acontecimento foi logo esquecido, pois o mesmo médico que havia sido responsável pelo procedimento, Dr. Milton Nakamura, promoveu o primeiro nascimento do bebê de proveta no Brasil no ano de 1984.

Ramírez-Gálvez (2003) vai citar uma entrevista feita por Barbosa (1999) em que um dos especialistas no campo da RA explica que a Fertilização *in vitro* se iniciou em São Paulo na década de 80, com dois grupos. Um grupo pertencia a Santa Casa, e tinha como líder o Dr. Nilson Donadio, o outro grupo era liderado por um médico de uma clínica privada, o Dr. Milton Nakamura. Este último, na época, perde uma paciente durante uma laparoscopia, o que resultou numa discussão acerca da técnica de coleta de óvulos através desse procedimento, que consiste na utilização de um instrumento metálico no interior do abdômen.

Segundo Joaquim C. Lopes, o médico que fora entrevistado por Barbosa (1999), após este episódio da morte desta paciente começaram a surgir serviços em todo o Brasil. No Nordeste, surgiram centros em Salvador e Recife, já no Sudeste, existia centros em Campinas e Ribeirão Preto. A partir daí, já no final a década de 80, mais serviços surgiram em todo o país isto. Se num primeiro momento havia só dois serviços, o do Dr. Donadio e o do Dr. Nakamura, num segundo momento tais técnicas foram disseminadas por todo o território nacional.

Barbosa (apud Ramírez-Gálvez, 2003) vai destacar a rivalidade gerada pelos médicos na disputa para saber quem havia feito o procedimento que gerou o primeiro bebê de proveta no Brasil. Neste sentido, o médico pertencente ao setor público dizia ter sido ele quem fez o primeiro procedimento, mas não divulgou na imprensa local, a qual, por sua vez, havia promovido o evento realizado pelo especialista do setor privado. Tal disputa viria à tona quatorze anos mais tarde, quando a imprensa noticiou a morte do Dr. Nakamura em 1998.

Barbosa (apud Ramírez-Gálvez, 2003) revela que a relação existente entre profissionais locais e pesquisadores internacionais marcou o início de tais serviços no país. E o próprio Dr. Lopes aponta para o fato de que, naquela época, a vinda destes especialistas para o Brasil era vista como algo que trazia créditos. O que também explica o fato de que diversos profissionais tenham ido treinar fora do país, não pela necessidade, mas pelo fato de que ao ir treinar no exterior ocuparia uma posição de respeito diante dos seus clientes.

Ramírez-Gálvez (2003) aponta ainda para a importância da troca de experiências com pesquisadores internacionais, que desenvolvem sua pesquisas em colaboração com clínicas privadas, como sendo algo que é presente até hoje e, neste sentido, é característico da dinâmica deste campo. Segundo a autora, estes pesquisadores trazem consigo “capital cultural” no campo da Reprodução Assistida, isso porque tanto médicos como clínicas passam a ser valorizados em termos de qualidade, colocando à altura dos centros mundiais.

1.2 Infertilidade e Novas Tecnologias Reprodutivas

As Novas Tecnologias Reprodutivas surgem para garantir que casais que não possuem filhos por via natural possam tê-los, e isto vai ampliar ainda mais a crença de que a biomedicina tem uma solução para tudo. E neste caso, para que sedê a realização do desejo de ter filhos.

Vale ressaltar que o termo infertilidade participa da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir deste CID a infertilidade passa a ser considerada uma doença. Conforme a OMS, os casais podem utilizar técnicas de Novas Tecnologias Reprodutivas após dois anos tendo relações sexuais sem a utilização de nenhuma técnica contraceptiva, quando então pode ser considerado que há infertilidade.

Segundo Olmos (2003), os especialistas nem sempre esperam este período necessário de dois anos, ou seja, agem mais cedo. Isto se deve ao seguinte fator: quanto mais tempo se espera, mais as chances diminuem. Sendo assim, se a mulher tiver por volta de 35 anos, a recomendação é de que espere apenas seis meses.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) vê a infertilidade como um problema de saúde, e considera que é legítimo o anseio em superá-la. Assim, as técnicas de Reprodução Assistida seriam uma forma de superação da infertilidade. No entanto, o CFM não prevê o acesso de casais de baixa renda à essas tecnologias.

A partir da Resolução do CFM n 2.013/13 casais homoafetivos e solteiros podem fazer uso das técnicas (respeitando o direito de objeção de consciência do médico). Essa ampliação não estava prevista na Resolução CFM nº 1.957/2010, quando então se estabelecia que quem podia utilizar os procedimentos eram apenas os casais que estivessem em união estável, de forma que casais homoafetivos ou solteiros não poderiam usá-los.

Mas, o que seria a infertilidade?

Olmos (2003) aponta que o senso comum não costuma diferenciar a infertilidade da esterilidade. Para os pacientes, a esterilidade é a que mais assusta, porque seria uma impossibilidade definitiva de ter filhos. Já aqueles que jogam ter apenas impedimentos, acreditam que se trata de infertilidade, ou

seja, uma “esterilidade temporária”. Para os médicos, os termos têm significados diferentes daqueles que são atribuídos pelo senso comum. Sendo assim:

Tecnicamente, a esterilidade é a situação do casal que não consegue a gravidez por um período superior a dois anos de tentativas irregulares seja qual for a causa [...]. A esterilidade pode perfeitamente ser uma dificuldade passageira, superada com tratamentos, ou por métodos de fertilização *in vitro*. Contrariando a ideia comum de que o casal estéril é aquele que traz um problema sem resolução. A infertilidade, por sua vez, é outra circunstância que constitui um vasto capítulo da medicina. Tecnicamente, trata-se do aborto habitual, uma corrente e indesejada interrupção da gravidez logo no seu início, antes da vigésima semana de gestação. Nestes casos, a mulher consegue engravidar, mas a gestação não evolui. Isto pode ocorrer por diversas causas que precisam sempre ser investigadas e tratadas (OLMOS, 2003: 30).

Ou seja, os significados são opostos. Enquanto a esterilidade é uma dificuldade do casal que pode ser superada com métodos de Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas, a infertilidade representa uma condição em que apenas a mulher é afetada. Olmos (2003) ressalta ainda o fato de a esterilidade, do ponto de vista médico, não ser apenas uma condição que não tem solução, e sim um termo que foi criado para definir o que costumeiramente se costuma chamar de infertilidade.

A “infertilidade é a incapacidade de concepção após um ano e meio de tentativa sem uso de método anticoncepcional” (ABDELMASSIH, 2007, p. 03). Esta é a definição aceita pelos médicos e pela OMS que consideram a infertilidade como sendo um “problema” de saúde.

Barbosa (2000) também se deterá sobre a questão da definição do termo infertilidade. Segundo ela:

Os termos infertilidade ou infecundidade, usados como sinônimos pela literatura médica indicam a incapacidade de conceber e de desenvolver uma gravidez, mas com uma acentuação relativa e temporânea. Assim, a prevalência de infertilidade varia conforme a região e o grupo humano

considerado havendo, por exemplo, maior prevalência de infertilidades sem causa aparente em países desenvolvidos, onde os sistemas de saúde são mais eficazes em diagnosticar e tratar doenças infecciosas pélvicas. Enquanto entre os países pobres predominam fatores relacionados a causas infecciosas (BARBOSA, 2000: 216).

Ainda segundo Barbosa (2000), com as Novas Tecnologias Reprodutivas, o tempo que é necessário para um casal ser considerado infértil passa a ser revisto, pois a disponibilidade das técnicas passa a ser uma realidade da prática médica. Desse modo, não é mais necessário esperar para a obtenção da gravidez através das relações sexuais. É necessário levar em consideração que:

A maior presença da mulher no mercado de trabalho, além da possibilidade de poder definir o momento oportuno de uma gravidez, tem levado muitas mulheres a adiarem o projeto de maternidade. Essa situação pode implicar maiores problemas na hora de conceber, devido à queda da fecundidade da mulher, com a idade, e ao efeito do uso de contraceptivos, por longo tempo, que pode acarretar estados mais ou menos duradouros de infertilidade, estimulando a demanda por novas tecnologias reprodutivas (BARBOSA, 2000: 217).

Como se pode notar, as mulheres buscam a independência financeira e acabam adiando o projeto de ter filhos. E isto foi observado, sobretudo, na pesquisa realizada por Babosa (2000), em que as mulheres afirmam que “já tem tudo, falta apenas a maternidade” (Babosa, 2000: 218). Neste sentido, quando decidem ter filhos descobrem que há alguns impedimentos, e um deles é a idade. Pois, segundo alguns autores, a idade da mulher influencia na chance de gravidez. Algo que também é identificado por Lunna (2007), que ressalta que as mulheres que estão tentando engravidar têm uma preocupação com relação a sua idade, por temerem que pode ser tarde demais. Algumas dessas mulheres são pacientes dos serviços há oito anos, outras estão investigando as causas da esterilidade no limite etário estabelecido para o tratamento (até 50 anos, de acordo com CFM).

Segundo Luna (2007: 65), “a infertilidade feminina ameaça tanto a identidade de gênero como o próprio laço conjugal”. Para Barbosa (2000), não ter filhos gera muita cobrança familiar, social e até mesmo dos próprios parceiros. Algumas mulheres identificadas em sua pesquisa se sentem cansadas, frustradas e “gostariam de buscar alternativas como a adoção, ou desistir dessa busca, mas costumam encontrar resistência por parte de seus maridos que valorizam o laço biológico” (LUNA, 2007:65).

Isto se deve ao fato de que ter filhos é algo ligado à masculinidade, a virilidade, e não ter filhos mexe com toda essa ordem viril. Outro ponto que deve ser ressaltado diz respeito a existência de um medo em adotar porque acredita-se que os filhos adotados trazem no sangue o comportamento dos pais biológicos, assim, se os pais biológicos tiverem um comportamento não aceitável socialmente, os filhos também o terão. Por esse motivo, muitos casais se recusam a adotar. Isto pode ser ainda mais forte em casais pertencentes às camadas populares.

Com relação à maternidade, vale ressaltar que, conforme aponta Luna (2007), há uma diferença entre as mulheres de classes populares e mulheres de classe média:

Nas classes populares, vê-se a maternidade mais no sentido de cumprir a essência feminina, correspondendo a tendências holísticas, e nas camadas médias a experiência da maternidade se aproxima mais de um projeto de vida para a realização pessoal, mas a experiência da maternidade da infertilidade faz convergir as representações desses grupos sobre a maternidade. As mulheres de camadas populares se veem impedidas de efetivar ‘naturalmente’ sua essência materna e têm de se engajar em terapêuticas para a infertilidade de modo que a maternidade torna-se um projeto a cumprir após vencidas várias etapas de obstáculos, o tratamento em si. Já nas mulheres de camadas médias, a impossibilidade de cumprir o projeto de maternidade mostra o caráter obrigatório dessa experiência, um projeto que não pode descartar, a fim de realizar a identidade feminina (LUNA, 2007: 67).

Ou seja, há uma diferença entre as usuárias de serviços privados de reprodução assistida e entre as mulheres pertencentes às classes populares.

Entre as primeiras a maternidade era relacionada a um projeto, ou seja, para quando as condições fossem convenientes. Já as mulheres de camadas populares a maternidade aparece como algo inevitável e não como um projeto.

Para Luna (2007) a simples ausência de filhos é percebida como voluntária e fruto de um planejamento em que a maternidade/paternidade é adiada. Já a infertilidade não é apenas um problema clínico, torna-se estigmatizante. Neste sentido, a ausência de filhos é um problema que ultrapassa a mulher ou o casal. Pois há toda uma “pressão social” para ter filhos. Pressão esta que vem dos vizinhos, parentes, e que se dá até mesmo entre os cônjuges. No entanto, esta pressão social acontece de forma diferente se considerarmos as mulheres de camadas populares/baixa renda e as mulheres de camadas médias.

Percebe-se uma diferença no discurso existente entre a classe média e a popular. Isto é, enquanto na classe média as mulheres são tratadas como doentes, na classe popular o tratamento se exprime em xingamentos, muitos dos quais são mais duros: estéreis, “encruada”, imprestável. “Outras referencias foram ‘figueiras’ e ‘árvores secas’. Ou ainda, há a pergunta: ‘a fonte secou?’ ” (Luna, 2007:69).

Segundo Luna:

Há diferentes reações quanto a assumir a condição médica, ou mesmo moral, de estéril. Em alguns casos, embora não seja o diagnóstico clínico da mulher, os fracassos sucessivos das tentativas a levam a assumir essa identidade (LUNA, 2007:69).

Neste sentido, a condição clínica da impossibilidade de ter filhos pode ser assumida ou não por essas mulheres, ou seja, pode ocorrer uma negação da condição que lhes é atribuída. Luna (2007) chama a atenção para o “sentir”, que vai fazer com que a identidade seja incorporada. Goffman (apud Luna apud, 2007: 71), afirma que:

A condição infértil é um estigma social, em que há uma “dinâmica da diferença vergonhosa”, envolvendo avaliação

negativa tanto por parte dos considerados estéreis como pelo grupo externo, uma vez que os primeiros, por falha biológica, não cumprem a norma social da procriação. A prática de segredo sobre a infertilidade ou sobre o tipo de tratamento médico necessário para superar a ausência de filhos é sinal da tentativa de ocultar a condição estigmatizante.

Sendo assim, o segredo está sempre presente nessas relações, pois, a infertilidade é vista como algo vergonhoso, estigmatizante, algo que deve ser mantido em segredo. Contudo o segredo está presente não só quando há a impossibilidade de ter filhos, mas também nos procedimentos de RA, quando pacientes fazem uso deles. Neste sentido, muitos casais tem receio de assumir que os filhos são nascidos de procedimentos de RA. E inclusive não assumem para os próprios filhos, nascidos de tais procedimentos.

A esterilidade é constituída socialmente e passa a ser enxergada através da lógica do desvio, como sendo contra aquilo que é a ordem natural/biológica (a procriação). E, de acordo com Luna (2007), após o médico nomear o desvio biológico, ocorre o desvio social. Sendo assim, “o fato de considerar a esterilidade problema ao longo da história e em diversas culturas e sociedades indica que o desvio social precede a compreensão de um desvio biológico” (Luna, 2007:75).

Há, portanto, uma situação de estigmatização entre as usuárias dos serviços voltados para a esterilidade, a qual os próprios médicos promovem, quando é feito um enquadramento das pacientes em categorias como: difíceis, problemáticas, angustiadas e muito sensíveis (Luna, 2007).

Outra dimensão mencionada ainda por Luna (2007) é a atribuição que os cônjuges dão quanto a infertilidade. Ou seja: de quem é a “culpa”? Na maioria das vezes a culpa é atribuída à mulher. A própria família questiona a ausência de filhos. Assim, a família da mulher vai atribuir ao homem a culpa e vice-versa.

Outro ponto relevante diz respeito ao diagnóstico:

Quando se constata problemas entre ambos os cônjuges, a solidariedade no diagnóstico ruim pode gerar maior união do casal. Com o espermograma baixo, o marido tenta consolar

sua esposa que tem ovário policístico, dizendo que o problema não é só dela, “vai ver que o ruim é ele”. [...]. Entre as informantes das classes populares, após um diagnóstico de infertilidade irreversível, várias sugeriram ao parceiro procurar outra parceira. A identificação da causa da infertilidade, entendida como responsabilidade, afeta a relação do casal, a respeito de os médicos frisarem que a infertilidade é um problema do casal, e não de um dos cônjuges (LUNA, 2007: 75).

Vale ressaltar que, na maioria das vezes, as causas da infertilidade são atribuídas a mulher. Esta, por sua vez, é a primeira a procurar o consultório médico para identificar se o “problema” é dela. Apenas quando se constata que a mulher não possui nenhum impedimento o homem vai investigar porque não está conseguindo ter filhos. Isto pode ser explicado pela forma como os homens e as mulheres enxergam a maternidade/paternidade.

Costa (2002) afirma que a paternidade não é concebida apenas como a capacidade que os homens têm de “fazer filhos”, pois ela está relacionada a capacidade de sustentar os filhos e educá-los. Sendo assim, sustentar os filhos faz parte de uma responsabilidade que é socialmente considerada masculina, o que faz com que o trabalho remunerado dos homens torne-se fundamental para suas concepções de paternidade e masculinidade. Nesse sentido, o “fazer filhos” serve para comprovar o atributo físico de masculinidade, enquanto a capacidade de sustentá-los e educá-los comprova um atributo moral. Mesmo que os filhos não sejam dele, biologicamente falando, os atributos morais são enxergados pelo fato de que ele lhes dá sustento e educação.

Costa (2002), apresentando as considerações de Strathern a respeito das representações de parentesco, enfatiza que:

Na representação por ela [Strathern] denominada de “euro-americana”, parentesco é um conceito híbrido, uma vez que é considerado como um fato da sociedade enraizado em fatos da natureza. Nessa representação, ter relações sexuais, transmitir genes e dar à luz são fatos da vida que foram tomados como base para as relações entre esposos, irmãos, pais e filhos, os quais foram, por sua vez, tomados como a base das relações de parentesco. O processo de procriação como tal é visto como pertencendo ao domínio da natureza, e não ao domínio da sociedade. Por outro lado, o parentesco é visto como um

arranjo social dos fatos naturais, conectando assim os dois domínios (COSTA, 2002: 343).

O processo de procriação é apresentado pela autora, no contexto da representação ocidental, como sendo algo pertencente ao domínio da natureza e não da sociedade. Já o parentesco vai ser a junção dos dois domínios, formando um arranjo social dos fatos naturais..

Costa (2002) aponta que ser estéril é um problema que fere tanto a masculinidade como a feminilidade, mais de formas distintas. Para o homem, a esterilidade está ligada a ideia de impotência, significa que sua masculinidade e sua virilidade estão ameaçadas. Para as mulheres a esterilidade ameaça sua feminilidade, uma vez que não conseguem cumprir com aquilo que lhes é natural, ou seja, sua vocação para ser mãe.

Do mesmo modo que a ausência de filhos tem a ver com a impotência, ter um filho aparece para concretizar sua virilidade heterossexual. No entanto, “fazer um filho” não é suficiente para conseguir sua afirmação heterossexual e ser reconhecido como pai, mas sim sustentá-lo.

Em relação ao ambiente do ambulatório, Costa (2002) vai dizer que se trata de um ambiente de risco para os homens, porque é duplamente poluidor: é um local onde são tratadas questões que são consideradas femininas, e por ser um ambiente médico, considerado como um local passível de feminizá-los.

Em sua pesquisa com homens em um ambulatório pôde perceber que a maioria dos homens que lá estavam sentia-se constrangida por estar em um ambulatório. Os que aceitaram ser entrevistados demarcavam constantemente sua diferença em relação ao ambiente, ou seja, se estavam lá é porque eram bons maridos/companheiros, pois estavam acompanhando suas parceiras, e contribuindo no que podiam; ou porque eram bons pais (cuidavam das crianças enquanto a parceira era atendida); ou ainda porque eram a favor ou então porque eram obrigados a ir. Segundo Costa (2002), a não-procura por médicos pelos homens foi atribuída ao fato de que os homens não querem, ou não devem, aparentar fraqueza ou vulnerabilidade.

Barbosa (apud LUNA, 2007) aponta que o termo infertilidade é impreciso. “Na demografia, infertilidade é a ausência de filhos, ou de nascidos

vivos em mulheres fecundas, ignorando-se a decisão do casal sobre ter filhos” (BARBOSA apud LUNA, 2007: 76). Neste sentido, não necessariamente fatores clínicos incidem na queda da fertilidade. Isto pode ser explicado pelas mudanças que ocorrem na vida das mulheres, que acabam fazendo com que essas mulheres adiem a maternidade por fatores ligados a sua entrada no mercado de trabalho. Sendo assim, o momento em que estas mulheres estão escolhendo para ter filhos é em torno dos 35 anos (Luna, 2007). É exatamente neste momento que algumas mulheres percebem que há alguns impedimentos.

1.3 Itinerários Terapêuticos e Novas Tecnologias Reprodutivas: o que o acesso tem a ver com isto?

Quando falamos em serviços de saúde, estamos lidando com diversos temas que tangenciam tal assunto. No âmbito deste estudo estamos considerando as Novas Tecnologias Reprodutivas ou Reprodução Assistida. Sendo assim, podemos discutir a partir de tais técnicas diversos aspectos, e um deles é a noção de Itinerários Terapêuticos (IT),

Dentre as diversas possibilidades avaliativas do IT, está sua capacidade de mostrar as trajetórias de usuários pelas diversas instituições e serviços do Estado e município(s) nos diferentes níveis de atenção, os profissionais de saúde que os atenderam e a capacidade de resolutividade em cada um (ARAÚJO, BELLATO, HILLER, 2011: 117).

A literatura socioantropológica utiliza o termo Itinerário Terapêutico para definir o percurso dos indivíduos na busca tratamento.

Ferreira e Santo (2012) conceituarão Itinerários Terapêuticos (IT) desta forma:

[...] podem ser definidos como o caminho percorrido pelo indivíduo na busca de solução para seus problemas de saúde, diante de uma heterogeneidade de recursos. Segundo essa perspectiva, o aspecto central é o ponto de vista dos atores sobre a maneira como se dá sua experiência de doença e cura. O conceito, que inicialmente foi aplicado às sociedades tradicionais africanas, é atualmente incorporado por pesquisadores de complexos urbanos. Fainzang (1985), por exemplo, ao comparar percursos de cura no contexto das sociedades tradicionais africanas e urbanas francesas, observa que em ambas as sociedades a doença é interpretada como desordem social, e que as terapêuticas seguidas obedecem antes a essa interpretação do que à biomédica (FERREIRA; SANTO, 2012: 180).

Assim, neste estudo, o conceito de Itinerários Terapêuticos permite entender quais os percursos traçados/caminhos percorridos pelos casais/mulheres, nas mais diferentes instituições e no Estado, na busca pelo acesso às Novas Tecnologias Reprodutivas e, conseqüentemente, por procedimentos que possam garantir que o desejo por filhos seja realizado.

Vale ressaltar que não necessariamente a busca vai começar no consultório médico, pois os caminhos percorridos pelos casais vão desde um primeiro contato com a família (que será vista como um dos pilares que vai encorajar os casais a procurarem médicos que possam trazer “solução” para seus “problemas”) até a automedicação. A automedicação, por sua vez, inclui a procura por medicamento na farmácia e também por medicamentos naturais.

Assim é que para CABRAL e colaboradores (2011),

Segundo alguns autores, itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.). Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória (CABRAL et al., 2011: 4434).

É necessário ressaltar que as trajetórias/percursos que os pacientes percorrem são os mais variados. Ou seja, vão desde cuidados caseiros até religiosos.

Alves e Souza (apud CABRAL et al, 2011) consideram que a inclusão de fatores culturais, cognitivos e sociais na procura de serviços imprimem uma nova perspectiva à interpretação do comportamento, pois antes se pensava que a busca por serviços de saúde teriam uma lógica utilitarista ou ainda de consumo, sendo somente essas relações que permeavam as escolhas.

Mas a partir da observação dos diferentes grupos sociais nos anos 1970, as concepções sobre enfermidade e as formas de tratamentos empregadas por todos aqueles que fazem parte do processo é que vão definir qual âmbito de Atenção à Saúde será ligado ao processo do cuidado. Sendo assim:

Sistemas de Atenção à Saúde são constituídos por três setores que caracterizam práticas de cuidado de naturezas diversas: o profissional, constituído pelas práticas formais de exercício da medicina (biomedicina, homeopatia, etc), o popular (cuidados caseiros, auto-cuidado) ou o folk (práticas místicas e religiosas de cuidados) (CABRAL et al., 2011: 4434).

Esses três setores irão influenciar a utilização de serviços de saúde. Biddle (apud CABRAL et al. 2011) destaca que há duas abordagens, ou seja, uma dominante, que apresenta cunho positivista, e outra de cunho dinâmico. Na primeira abordagem, o objetivo será caracterizar os usuários e os não usuários, isto é feito a partir de um “perfil do usuário” obtido através de comportamentos relativos ao “uso do serviço e em termos de facilitadores ou barreiras (psicológicas, geográficas, estruturais, etc.) para o acesso” (CABRAL et al., 2011: 4434). Na segunda abordagem, a procura por serviços de saúde é vista como um “processo social não só influenciado pelos dispositivos biomédicos existentes mas também pelos recursos leigos e as redes sociais” (CABRAL et al., 2011: 4434).

As dimensões dos contextos de vida dos usuários muitas vezes passam despercebidos pelos serviços e profissionais de saúde, mesmo que sejam elas

quem definam as possibilidades de oferta e acesso aos serviços de saúde. Desta forma:

A análise dos itinerários terapêuticos não pode ser reduzida ao estudo sobre a disponibilidade de serviços e/ou ofertas de procedimentos de saúde. Critica-se a abordagem adotada pela maior parte dos estudos sobre o tema, pois consideram que tais estudos operam com premissas previamente estabelecidas, tais como escolha racional, valores culturais, estruturas de redes sociais ou modelos explicativos para interpretar como as pessoas ou grupos constituem suas distintas trajetórias na busca de tratamentos para suas aflições (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008: 180).

Para Mângia e Muramoto (2008: 180) “esses elementos são insuficientes”, pois “se mostram limitados para considerar a influência exercida pelo contexto sociocultural do indivíduo no momento” em que ele opta pelo tratamento. A trajetória do indivíduo só é construída quando se tem um campo de possibilidades socioculturais, e essas possibilidades são “viabilizadas durante todo o percurso de busca e realização de tratamentos” e muitas vezes “são marcadas por projetos distintos, e por vezes contraditórios”.

Mângia e Muramoto (2008) retomam Alves e Souza quanto às importantes precauções teórico-metodológicas que precisam ser elaboradas. Dessa forma, os estudos sobre itinerários terapêuticos deveriam priorizar “a aproximação em relação ao conhecimento dos procedimentos utilizados pelos atores para interpretarem suas experiências e decidirem sobre suas ações” (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008: 180). Isto se deve ao fato de que “a escolha por um tratamento não é apenas definida por um conjunto das estruturas cognitivas que devem ser consideradas como única fonte de significados a ser utilizados em tais escolhas” (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008: 180). E tem a ver com o resultado de várias negociações que são realizadas dentro de “um contexto relacional dos sujeitos, sendo assim, são expressas “sínteses parciais que emergem de um campo de possibilidades histórica e culturalmente definidas” (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008: 180) por esses indivíduos.

Ainda acompanhando Souza (1999), Mângia e Muramoto dirão que os sujeitos que promovem “essas ações compartilham um conjunto de ‘crenças e

receitas práticas para lidar com o mundo” e o pesquisador irá ter um trabalho interpretativo, na tentativa de encontrar “dimensões subjetivas que são dificilmente compreensíveis, pois esse universo compartilhado não determina as ações [dos indivíduos] de forma homogênea” (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008: 180).

Sendo assim, toda a análise sobre itinerário terapêutico coloca em evidência “as experiências, as trajetórias e os próprios projetos individuais, formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente” (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008: 180).

Neste sentido,

É necessário aprofundar o conhecimento sobre como as pessoas constroem suas trajetórias em busca de tratamento para suas aflições e, mais que isso, é necessário compreender quais são os elementos que influenciam suas escolhas e que adquirem importância no percurso do tratamento. A partir dessa compreensão, os itinerários terapêuticos podem ser considerados recursos importantes para compor a construção de projetos terapêuticos cuidadores que considerem como elementos o conjunto de recursos, experiências e significados de cada pessoa e que tenham como foco central seu contexto real de vida (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008: 181).

Com conhecimento dessas trajetórias e dos elementos que influenciam suas escolhas no percurso do tratamento, podem ser considerados os contextos de experiências e significados de cada pessoa.

Belatto (2011) afirma que a noção de itinerários terapêuticos revela o movimento desses usuários nos espaços cotidianos e formais do SUS, que através disso buscam soluções para suas necessidades e neles constituem redes de cuidado em saúde. Ferreira (2012) aponta que Alves e Sousa (1999) realizaram uma importante revisão da literatura nacional e internacional acerca de Itinerários Terapêuticos, e ressaltam a importância de levar em consideração “as representações simbólicas do processo de doença dos indivíduos” (FERREIRA; SANTO, 2012: 180).

As autoras apontam ainda que Massé (2012) vai dar conta de que a questão é complexa quando falamos em IT, sofrendo, nesse sentido, a

influência de muitas variáveis de ordem social, psicológica, econômica entre outras. Nessa perspectiva, “a procura de cuidados está condicionada pelas atitudes, os valores, as ideologias” relacionadas “aos perfis de doenças, o acesso econômico e a disponibilidade de tecnologia” (MASSÉ, 1999: 130 apud FERREIRA; SANTO, 2012: 180).

Gerhardt (2006) vai desenvolver um estudo acerca de itinerários terapêuticos, e neste sentido, vai perceber a automedicação e o uso indiscriminado de medicamentos “bons para tudo e todos”, que solucionam os vários problemas de saúde. Essa prática alcança dimensões difíceis de serem estimadas, mas tende a revelar alguns aspectos culturais como, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, que tem a oferta heterogeneamente estruturada e que constitui de certa forma um fator gerador de desigualdades (FERREIRA; SANTO, 2012).

O que pode ser observado é que a atividade ligada à saúde se desenvolve em casa, e que tais as atividades vão desde a avaliação até a escolha do recurso a ser utilizado. Sendo assim:

Seja qual for o grau de dificuldade econômica, este não é o único em questão quando se trata de saúde. Às dificuldades de acesso econômico e geográfico acrescenta-se o contexto cultural, que não se resume às crenças e condutas individuais. Envolvem também o diálogo entre os diferentes atores, fato primordial para a compreensão da natureza do problema e a sua solução. Igualmente, o espaço intervém seguramente no acesso aos serviços de saúde, mas torna-se secundário quando se trata de resolver um problema para as famílias que possuem certa capacidade em desenvolver estratégias (GERHARDT, 2006: 2460).

Ou seja, quando há dificuldades econômicas, os indivíduos vão buscar estratégias para solucionar os problemas de saúde. Situações que estão intimamente ligadas ao acesso aos serviços de saúde. Isto pode perfeitamente ser visto quando casais encontram dificuldades para engravidar. Sugestões dadas por familiares, vizinhos são muitas vezes utilizadas por estes casais na tentativa de garantir a maternidade/paternidade. Isto se deve às dificuldades de

acesso não só aos serviços como aos procedimentos e exames que identificam as causas, por exemplo, da infertilidade. Segundo Barbosa (2000: 219):

Um dos aspectos importantes nas trajetórias de busca da maternidade é que muitas entrevistadas, antes de chegarem a esses serviços, percorreram um longo caminho por outras clínicas fazendo exames durante muito tempo sem que houvesse uma definição de sua situação. Outras foram submetidas a procedimentos mais invasivos sem que outros mais simples fossem realizados antes.

Desta forma, há uma dificuldade por parte dos casais em entender porque não estão tendo filhos, isto se explica pelo fato de que muitas vezes não é feita uma investigação das causa da infertilidade. Se os serviços públicos não dispõem da tecnologia necessária para que os casais possam investigar as causas da infertilidade, os serviços particulares já não tem essa preocupação, uma vez que oferecem procedimentos de RA e não necessariamente há a necessidade de investigação para descobrir os fatores que estão impedindo que os casais tenham filhos.

Pedro Nascimento (2009) vai narrar o trajeto de casais na busca por ter filhos em um hospital público na cidade de Porto Alegre (RS). Num primeiro momento quando se decidem por ter filhos e não conseguem. Num segundo momento, os casais vão em busca de serviços de saúde para investigar o fato de não estarem conseguindo engravidar, e assim descobrem que há “problemas” que estão impedindo-os de engravidar. Isto os levará ao terceiro momento, quando então os casais ficam sabendo das Novas Tecnologias Reprodutivas, e que podem realizar o desejo de ter filhos. Neste sentido novos caminhos serão percorridos, ou seja:

Novos exames e cirurgias, negociação de preços com laboratórios, alternativas para reunir um montante de recursos que não sabiam ser necessário, esclarecimento de dúvidas com médicos (receitas rabiscadas com anotações dos usuários, retornos incessantes para esclarecimentos), bem como um constante questionamento desses procedimentos e a

forma como o tratamento está sendo desenvolvido (NASCIMENTO, 2009: 84).

Para Nascimento (2009) essa será a rotina que o casal passará a incorporar em seu diaadia, bem como suas diversas idas ao hospital em busca de informações sobre os procedimentos, pois tais técnicas eram até então desconhecidas. Neste momento, além das dificuldades que os casais terão para entender em que consistem os procedimentos, terão ainda outra dificuldade, desta vez de cunho econômico. Ou seja, apesar de se tratar de um hospital público, localizado em Porto Alegre (RS). Os usuários terão que arcar com os gastos com os medicamentos que, vale ressaltar, são muito caros. Aí surge a pergunta: “Mas não é pelo SUS?” (NASCIMENTO, 2009: 88).

Desta forma, não há como discutir acerca de Itinerários Terapêuticos e Novas Tecnologias Reprodutivas sem falar num conceito que faz parte do estudo destes temas: o acesso. Mas para falar em acesso, é preciso conceituar tal termo. Sendo assim, de acordo com Claudia Travassos e Mônica Martins (2004: 191):

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável. Alguns autores, como Donabedian, empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Acesso é, portanto, um conceito que vem sendo estudado por vários autores, sobretudo entre aqueles que fazem análise dos problemas sociais referidos ao Sistema Único de Saúde (SUS). As autoras referidas propõem que, em qualquer perspectiva, a ênfase é dada ao grau de facilidade ou ao ato de ingressar no sistema de cuidados em saúde. Elas indicam que os critérios utilizados para definir acessibilidade podem ocorrer por fatores diferentes, por

exemplo, alguns autores centram-se nas características dos indivíduos, enquanto outros dão seu enfoque nas características da oferta, ou seja, na relação entre indivíduos e oferta de serviços.

Uma crítica que pode ser realizada ao conceito de acesso compreende a ausência de preocupação com os atributos sociais, culturais, econômicos e psicológicos, cujo interesse está em que “[...] a acessibilidade expressa às características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços”. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004: 191). Quando se trata do conceito de acesso, as autoras revelam que o maior enfoque é dado ao desempenho do sistema de saúde na oferta, desvinculando da entrada no sistema para a verificação dos resultados decorrentes dos cuidados recebidos.

Para o âmbito deste estudo estamos considerando que o acesso diz respeito ao acesso dos casais aos procedimentos, marcação de exames, dificuldades econômicas para comprar medicamentos ou até de se locomover de uma cidade à outra.

Quando pensamos em populações com condições econômicas precárias, veremos que as demandas são maiores nos serviços públicos de saúde. As dificuldades de acesso vão desde o atendimento nos serviços até os equipamentos necessários para exames, ou ainda a compra de medicamentos necessários ao tratamento.

A partir da bibliografia estudada a noção de acessibilidade é muito significativa no que diz respeito à saúde, e existem compreensões diferentes do que seria “acesso”. A reflexão mais adotada é de Travassos e Martins (2004), que buscam fazer uma revisão do conceito de acesso, na qual são identificadas as distinções e articulações que existem entre o conceito de acesso e sua utilização nos serviços de saúde.

De outra parte, acesso é uma categoria prevista na Constituição Brasileira e está ligado ao termo igualdade. Neste sentido, a Constituição de 1988 prevê que saúde é um “Dever do Estado e Direito de Todos”.

Segundo Nunese colaboradores (2001), a Constituição Brasileira diz que

igualdade é o “princípio pelo qual todos os cidadãos podem invocar os mesmos direitos”. Igualitário, portanto, é o “sistema que preconiza a igualdade de condições para todos os membros da sociedade”; onde igualdade corresponde a “justiça, equidade, relação entre indivíduos em virtude da qual todos eles são portadores dos mesmos direitos fundamentais que provem da humanidade e definem a dignidade humana” (NUNES et al., 2001:11).

Já o contrário da igualdade, ou seja, “a desigualdade é considerada como sinônimo de injustiça, iniquidade, relações onde os direitos fundamentais são desrespeitados e a dignidade ferida” (NUNES et al., 2001:11). A Constituição Brasileira adota esse conceito de igualdade. Seja por reconhecer que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (CF, art. 5º, Caput). Seja para “erradicar a pobreza e reduzir as desigualdades sociais e regionais”, bem como “promover o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” constituem objetivos nacionais (CF, art. 3º, III e IV). Trata-se, neste sentido, segundo Nunes et. al (2001), de diminuir desigualdades sabendo que é impossível eliminá-las deve ser o objetivo central de toda política pública.

Buscar essa redução é, também, requisito para que uma política pública possa ser considerada como *social*, já que nem toda ação governamental tem essa virtude apenas porque se situa em setores sociais como saúde, educação, previdência, habitação (NUNES et al, 2001: 12).

É perceptível que há diferenças históricas entre pobres e ricos, que vem cedendo lugar cada vez mais a diversas formas de desigualdade. Segundo Nunes et al. (2001: 15),

nos países pobres a pobreza absoluta continua sendo fundamental na determinação dos diferenciais sociais. Entretanto, nos emergentes, como o Brasil, as desigualdades relativas não apenas na renda mas nas demais condições de vida, adquirem importância crescente [...] Nestes países o crescimento da economia é marcado pela maior segregação

onde convivem situações polares de afluência e pobreza(NUNES et al., 2001: 15).

Nunes e colaboradores (2001) aponta ainda que a Constituição Federal de 1988, ao tratar da questão da saúde de forma ampla e abrangente (pela primeira vez na história) considera saúde como “direito de todos”. Neste sentido é dever do Estado garantir “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, art. 196). E acrescenta ainda Nunes et al. (2001:19) que “em outras políticas sem desatender a diretriz da igualdade de acesso como um direito, parece prevalecer o conceito de equidade – igual acesso para igual necessidade”. Todavia,

A igualdade de direito de acesso, uma característica dos modelos denominados sistema único de saúde, ou serviço nacional de saúde, embora tenda a tomar residuais prerrogativas “especiais” e a discriminação, não assegura, por si só, o uso equânime dos meios de prevenção e tratamento colocados a disposição da sociedade (NUNES et al., 2001: 19).

Neste contexto, é previsto na Constituição Federal de 1988 que a saúde é um direito que deve ser garantido pelo Estado bem como o acesso universal e igualitário a ela. O princípio da igualdade do Sistema Único de Saúde, enfatizado na Constituição Federal, tem como objetivo superar diferenças sociais que historicamente atingem a população brasileira e que representam o quadro de desigualdade social dos casais que buscam ter acesso às NTRc.

Ferreira e Santo (2012: 180) destacam que “as dificuldades de acesso à saúde são determinadas por obstáculos econômicos, geográficos e culturais das populações de baixa renda”.

Não podemos esquecer que tais dificuldades não estão apenas ligadas à oferta, pois elas podem começar com a locomoção ou o receio de arcar com os custos dos tratamentos e exames não cobertos pelo SUS.

Às dificuldades de acesso econômico e geográfico acrescenta-se o contexto cultural. As consequências da situação econômica, espacial e ambiental em um mesmo local não são as mesmas para todos os indivíduos, pois os conhecimentos e as práticas deles são construídos em experiências diversas e por estas, em situações biográficas determinadas. Somente se considerando o indivíduo em sua rede de interações se podem compreender as decisões por ele tomadas, isto é, a tentativa de solucionar seus problemas de saúde inscreve-se no cotidiano, uma vez que o enfrentamento da doença dele faz parte (TRAVASSOS; MARTINS, 2004: 194).

Para Travassos e Martins (2004), o senso comum acredita que a saúde possui uma estreita relação com a medicina. Inclusive os próprios médicos defendem tal ideia como forma de legitimação de sua competência profissional. “No entanto, a saúde pública e, principalmente, o acesso à saúde estão mais relacionados às políticas públicas do que à ação dos profissionais propriamente ditos” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004: 194).

As autoras acrescentarão ainda que, de forma geral,

os determinantes da utilização dos serviços de saúde, podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004: 190).

Desta forma, para as autoras a influência destes fatores irá determinar o uso dos serviços de saúde, e, nesse sentido, irão variar em função do tipo de serviço (ambulatório, hospital, assistência domiciliar) e da proposta de

assistência (cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação) que cada serviço provê.

1.4 Políticas de Saúde e Novas Tecnologias Reprodutivas

Na perspectiva que vem orientando este trabalho – os itinerários terapêuticos daqueles que procuram por tecnologias de reprodução – podemos perceber o quanto tais temas estão intimamente ligados às políticas de saúde ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Bastos (2006)

a saúde pública, no mundo ocidental, não se mostrou ainda capaz de responder ao desafio crucial contemporâneo de propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados (BASTOS, 2006: 03).

Isto se torna mais evidente quando estamos tratando de populações vivendo em condições de pobreza e desigualdade social.

Para Mângia e Muramoto (2008):

A construção de um novo modelo assistencial se coloca como prioridade no contexto das mudanças e desafios colocados e provocados pelo processo de consolidação do SUS, sua manutenção e aprimoramento. Para o campo da saúde mental esse desafio é particularmente relevante e dele depende a possibilidade de constituição de uma rede de serviços substitutivos e comprometidos com as diretrizes da integralidade, da universalidade, do acesso e particularmente, com a cidadania dos usuários. (MÂNGIA ; MURAMOTO, 2008: 177).

Neste sentido, constitui um desafio garantir o acesso tendo em vista as diretrizes básicas do SUS que tem a saúde como “Dever do Estado e Direito de todos”. Segundo Mângia e Muramoto (2008), o modelo biomédico é considerado por Saraceno (1998) como contribuinte “de um modelo positivista, linear, individualista e a-histórico que trabalha com um princípio determinista básico” (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008: 178), aquele que diz que “para cada doença há uma causa”, sendo assim propõe-se um tratamento.

A crítica que se pode fazer com relação a este modelo está em que tal princípio apenas simplifica de forma extrema a compreensão do sofrimento e a elaboração das respostas. A proposta é de que as intervenções sejam centradas no indivíduo e não particularmente na doença, pois esse tipo de intervenção “desconsidera a interação entre indivíduo, seu contexto e história” (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008: 178). Segundo as autoras, essa crítica vem sendo adotada e desenvolvida por muitos autores e pesquisadores no Brasil, sobretudo aqueles das Ciências Sociais, sendo assim, “já se constitui como importante núcleo de investigação e projetos da saúde coletiva e de diversos núcleos profissionais” (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008: 178).

CAPÍTULO 2. Novas Tecnologias Reprodutivas e Medicalização do Corpo Feminino

Neste capítulo o objetivo é compreender como se desenvolve o debate acerca do corpo feminino e sua relação com as chamadas Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas (NTRC). Tal discussão passa, necessariamente, pelo viés do Movimento Feminista e/ou Movimento de Mulheres que são especialmente importantes, principalmente, no que se refere ao debate sobre o corpo. Uma das mais relevantes reivindicações do Movimento é justamente o de decidir sobre o que fazer com seu próprio corpo. O corpo, como propriedade da mulher, que pode utilizá-lo da maneira que melhor lhe aprouver.

O enfoque recai então sobre o uso do corpo feminino e das Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas ou contraceptivas, que se referem a uma série de procedimentos cujo como objetivo final é a procriação ou não. Ou seja, caso a mulher queira ter filhos e não consiga tê-los naturalmente pode optar pelas técnicas conceptivas; caso não queira tê-los pode recorrer às técnicas contraceptivas.

As mulheres que decidem pela não maternidade poderiam valer-se de tecnologias de contracepção, neste sentido, destaca-se o uso da pílula anticoncepcional, que representou um avanço para as feministas, uma vez permitiu, assim como outros procedimentos, que as mulheres pudessem separar sexo de reprodução.

Apesar destes procedimentos de RA representarem um avanço tecnológico, alguns pontos passaram a ser levantados pelo Movimento Feminista, pois tais procedimentos não eram tão “libertadores” como se pensava, pois as mulheres continuaram a ver a maternidade como algo determinante do próprio ser feminino. Ou seja, mesmo tentando desvincular sexo de reprodução não conseguiam se libertar de algo que é “construído socialmente”.

Destaca-se ainda a apropriação por parte do saber médico do corpo feminino, ou seja, a intervenção médica vai reforçar o papel da medicina e a tornar legítima. Desta forma, aquilo que antes era considerado como algo

natural, vai passar a ser domínio do campo científico, gerando uma nova lógica de reprodução e também de consumo de Novas Tecnologias Reprodutivas.

2.1 Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas: um debate acerca dos Direitos Reprodutivos

No campo da saúde, o Movimento Feminista lutou, como já foi apontado anteriormente, por uma série de direitos, entre eles destacamos os Direitos Reprodutivos. Tais direitos obtiveram sua expansão através do movimento feminista mundial, que ocorreu, segundo Scavone (2004), na metade dos anos 1980, logo após o Congresso Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos que ocorreu em Amsterdã no ano de 1984. Neste congresso, os debates se deram em torno de denúncias acerca das políticas demográficas nos países do Sul, mas tinha também como objetivo o incremento das técnicas contraceptivas nos países do Norte.

Segundo Pereira e Reis (2010) o conceito de “direitos reprodutivos” passou a ser incorporado em iniciativas governamentais no Brasil a partir dos anos de 1990. Sua popularização mundial aconteceu a partir da Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994. Nesta conferência ficaram definidos os direitos reprodutivos, quais sejam, todo casal ou indivíduo pode decidir de forma livre e responsável sobre o número, o tempo entre um filho e outro, a oportunidade de ter filhos, e ter acesso à informação, entre outros.

Para as autoras,

O mesmo documento disseminou internacionalmente o conceito de “saúde reprodutiva”, que surgiu na década de 1980, definindo-o como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças, em todas as áreas relacionadas ao sistema reprodutivo, suas funções e processos”. Segundo o Programa de Ação, ele refere-se à possibilidade de uma vida sexual satisfatória e segura e à capacidade de decidir *se, como e quando se reproduzir* (PEREIRA; REIS, 2010: 01).

O documento final elaborado na Conferência do Cairo ajudou em grande medida aos movimentos feministas articulados internacionalmente, que haviam tido um papel muito ativo em sua elaboração. Foram garantidos direitos reprodutivos em vários contextos, entre eles: socioculturais, políticos e econômicos. A Conferência contribuiu, assim, para divulgação da noção de “saúde reprodutiva” embasada na igualdade de gênero e no direito da mulher sobre seu próprio corpo.

Pereira; Reis (2010) apontam ainda que a Primeira Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, realizada em Bucareste, em 1974, diferente da ocorrida no Cairo, previa o “controle” – fundamentado no neomalthusianismo.

De acordo com Pereira e Reis,

O termo “neomalthusiano” refere-se a ideias baseadas no pensamento do inglês Thomas Malthus. Este economista tornou-se famoso por propor em seus estudos que a população mundial cresce em progressão geométrica, enquanto a produção de alimentos cresce em progressão aritmética. Consequentemente, melhorias na vida da população pobre seriam sempre efêmeras, uma vez que fariam acompanhar um aumento populacional que corroeria os benefícios introduzidos (PEREIRA; REIS, 2010: 02).

O objetivo era que a natalidade em países considerados de Terceiro Mundo fosse controlada. Esta política foi retomada na Conferência do México, em 1984. A diferença foi que saúde e a autonomia das mulheres foram destacadas a partir de atores que se opunham às estratégias de controle populacional, defendendo uma ideia de “planejamento familiar” centrada na busca pelo bem-estar social e a saúde da mulher.

No Brasil, a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, instaurou um novo paradigma de saúde da mulher. Foram criadas diretrizes para a rede pública de saúde destinada a atender a mulher em várias etapas de sua vida, inclusive a reprodutiva. Segundo Pereira e Reis (2010: 06), “o programa rompeu com o formato materno-infantil, que

pressupunha a vocação feminina para a maternidade e a tratava como um evento isolado na vida das mulheres”. Neste momento, o movimento feminista vai denunciar a ausência de regulamentação com relação à esterilização de mulheres – política incentivada por médicos –, cujo número no Brasil alcançara altíssimas proporções.

Lucila Scavone (2006) vai tratar do tema das Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas no movimento feminista. Para tanto, vai trazer uma reflexão acerca da discussão que o movimento feminista vem fazendo nas últimas décadas com relação às Novas Tecnologias Reprodutivas. Neste sentido

Os anos 1960-1970 são caracterizados por um período da emergência de um movimento que fosse autônomo e radical que, ao politizar o privado, deu visibilidade especial ao corpo e à sexualidade, tratando-os como questões políticas. (SCAVONE, 2006: 13).

É neste momento que ocorre um aumento do consumo de diversos tipos de técnicas e especialmente da tecnologia química de controle da fecundidade, as chamadas técnicas contraceptivas através, sobretudo, do uso da pílula contraceptiva. Segundo Scavone (2004), a pílula contraceptiva beneficiou socialmente as mulheres separando a ideia de sexo da ideia de reprodução e possibilitando novas escolhas de vida além da maternidade. No Brasil, a pílula serviu para reduzir o crescimento demográfico, redução esta que estava ligada a políticas controlistas que tinham como objetivo diminuir as taxas de crescimento populacional.

Segundo Scavone (2004), outro método bastante difundido em nosso país foi o da esterilização feminina, que passou a ser utilizado como um método de contracepção - o que possibilitou que o feminino tivesse controle total sobre sua fecundidade, ao mesmo tempo em que trouxe as contradições do debate sobre direitos reprodutivos no Brasil, um país marcado por desigualdades sociais e por políticas controlistas. Tais políticas tiveram seu começo com campanhas para a utilização de métodos contraceptivos

orais, principalmente no Nordeste, e, posteriormente, o uso indiscriminado da esterilização feminina.

Entretanto, destaca Scavone (2004):

a coercitividade social – no sentido durkheimiano do termo –, construída em torno da esterilização, é baseada em muitos fatores, entres os quais destacam-se: a falta de opções contraceptivas; a sua eficácia contraceptiva; a não verificação de efeitos imediatos sobre a saúde das mulheres; a característica de atuar sem a necessidade de controle diário (SCAVONE, 2004: 60).

Sendo assim, a esterilização feminina agia como algo sobre o qual era possível ter controle, por parte das mulheres, mas logo começaram a surgir os problemas:

Sua aplicação como política de controle do crescimento das populações mais pobres do país e/ ou da raça negra; com associação com partos cesáreos, o desconhecimento sobre suas consequências a saúde das mulheres; seu caráter definitivo e o arrependimento que pode provocar; o distanciamento das mulheres esterilizadas do funcionamento reprodutivo dos seus corpos (SCAVONE, 2004: 61).

Elabora-se então um código, e o Ministério da Saúde passa a considerar a esterilização ilegal, mesmo assim não se conseguiu afetar a sua prática. Segundo Scavone (2004), em agosto de 1997, houve a regulamentação federal da prática de esterilização, por meio de um projeto que propunha, através da regulamentação do planejamento familiar, que o acesso à esterilização tanto masculina como feminina fosse garantido através do Sistema Único de Saúde.

A partir deste projeto, alguns critérios foram estabelecidos para que a esterilização fosse realizada, como: idade acima de 25 anos, ter no mínimo 2 filhos, que seus riscos e benefícios ficassem claros e que fosse realizada independente do parto. A independência do parto buscava a diminuição de cesarianas no país (SCAVONE, 2004). Sendo assim, logo se tratou de legalizar

o método e passou-se a ter a partir disto direito de acesso tanto a esterilização como a qualquer outro método contraceptivo que estivesse disponível.

Se por um lado recorria-se a esterilização, por outro as Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas e, de acordo com Scavone (2006), o uso das Novas Tecnologias Reprodutivas possibilitou a livre escolha pela maternidade. Sendo assim, o movimento feminista formulará uma crítica e uma prática de contestação aos mecanismos de controle e dominação – característica marcante do movimento. Para tanto, trará uma máxima que o caracterizará neste momento inicial do movimento: *Nossos corpos nos pertencem!* Essa máxima:

[...] cristalizava a reivindicação do controle reprodutivo como condição essencial para a autodeterminação das mulheres. A posse e o consequente controle do próprio corpo se tornaram fundamentais para o seu acesso à cidadania. Ainda que essa máxima tenha tido suas particularidades nos diferentes contextos locais, seu significado norteou muitas das políticas e das ações que se seguiram nas décadas posteriores (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2006: 23).

O corpo aparece como um dos elementos centrais das relações de poder entre os sexos nos espaços públicos e privados. Desta forma:

Do ponto de vista do feminismo radical, essa ideia de apropriação do corpo concretizava a politização do privado, ao materializar as relações de poder que se passavam pelo corpo, pela sexualidade, pelo desejo e pela reprodução. Ao buscar se apropriar do corpo, o feminismo contemporâneo buscava subverter essas relações e ressignificava, material e simbolicamente, o corpo assujeitado pelas relações de dominação masculina dos confins da vida privada às arenas da vida pública. Esta era uma implicação política da maior importância, pois abordava as relações sociais de gênero, atravessando os domínios público e privado, sem separá-los (SCAVONE, 2006: 14).

Assim, o movimento feminista se abria ao discurso acerca do debate político sobre o corpo, afirmando as diferenças, reivindicando seus direitos e

revoltando-se contra o controle social ao qual o corpo estava sendo submetido (SCAVONE, 2006). Sendo assim:

Nas correntes teóricas radicais considerava-se a maternidade o eixo central da “opressão das mulheres”, já que a sua realização determinava o lugar das mulheres na família e na sociedade. Portanto, a recusa consciente da maternidade foi o caminho proposto por esse feminismo para alcançar a liberdade (SCAVONE, 2004: 178).

As Novas Tecnologias Reprodutivas trariam sua contribuição a partir do momento em que romperiam com o assujeitamento do corpo das mulheres no que se referia à maternidade. Pois a maternidade era vista como uma das principais causas de opressão da mulher.

Ainda segundo Scavone (2006), o movimento feminista radical americano acreditava que a melhor saída para a libertação das mulheres seria o bebê de proveta, que possibilitava que os bebês fossem gerados fora do útero. E se as tecnologias contraceptivas, a exemplo, da pílula, poderiam produzir uma dissociação entre sexo e reprodução, as Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas fariam com que houvesse uma ruptura total.

Marilyn Strathern, em *Necessidade de Pais, necessidade de mães* (1995), vai nos trazer uma importante polêmica acerca da fertilização *in vitro*, ocorrida na Grã-Bretanha em 1991, qual seja, mulheres estavam a procura de fazer fertilização, mas não queriam sexo. Tal polêmica ficou conhecida como “A Síndrome do Nascimento Virgem”. Deste modo:

As mulheres que procuram ter filhos por meios tecnológicos, a fim de contornar relações sexuais com homens, não apenas representam uma ameaça à paternidade - uma ameaça que lembra a que antes se via na própria inseminação artificial. Ao contrário, elas expõem o fato de que a ameaça vem, por assim dizer, da própria tecnologia. As mulheres tomam as possibilidades tecnológicas pela que elas podem fazer – contornar a necessidade de intercuro sexual - e não por seu valor substitutivo, com substitutas dele. Contudo, achou-se inadequado que as mulheres desejassem a tecnologia por si

mesma. E: em geral ímpeto de tecnologizar o tratamento da fertilidade pode ser atribuída tanto àqueles que buscam ajuda quanto aos clínicos que a prestam (STRATHERN, 1995: 308).

Isto representava uma ameaça à paternidade, tendo em vista que as mulheres desejavam contornar as relações sexuais. Ou seja, uma coisa era que elas quisessem ter filhos, mas outra é que este desejo fosse realizado sem a relação sexual.

No Brasil, no final dos anos 1970, algumas pesquisas apontavam para os danos à saúde das mulheres e às próprias crianças nascidas destes procedimentos, que até então eram ignorados. Neste sentido, as questões relacionadas ao corpo estavam de volta, porque o uso de tais tecnologias traziam algumas consequências, pois acabavam por biologizar a filiação.

Algumas questões foram então retomadas, pois se antes as mulheres poderiam escolher pela não maternidade, agora recorrem a NTRc para ter um filho a qualquer custo. Scavone (2006) aponta que este “a qualquer custo” dizia respeito ao desgaste físico e emocional aos quais as mulheres estavam expostas. Como por exemplo, as altas taxas de hormônios que são administrados nas mulheres. Outro fator importante é que a gestação nem sempre acontece na primeira tentativa. E ainda, é preciso salientar, são procedimentos muito caros e nem todas as mulheres podem arcar com os custos.

2.2. Medicalização do Corpo Feminino

A partir do que foi apontado até o momento, é perceptível que os procedimentos de Reprodução Assistida dependem de um saber que é médico, de maneira que a intervenção médica e tecnológica se faz necessária para a ocorrência da fecundação (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2006).

Camargo (2007) vai apontar que

Os processos designados nos últimos 40 anos como medicalização (v. SAYD, 1998) podem ser entendidos como manifestação dessa tendência mais geral. Classicamente, o termo medicalização pode ser entendido pelo menos de duas maneiras: por um lado, o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, por sua transformação em “problemas de saúde”, e por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais, em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) médicos (CAMARGO, 2007: 68).

Esta conceituação se dá porque, segundo o autor, porque alguns aspectos sociais são traduzidos em “problemas de saúde”, e também porque, por outro lado, há uma expropriação dos cuidados, principalmente daqueles que dependem do cuidado de profissionais. Esta seria uma consequência indesejável que a naturalização das necessidades de saúde traz.

No caso das Novas Tecnologias Reprodutivas, a intervenção do médico se faz necessária, uma vez que

A intervenção tecnológica na reprodução viria a superar a ineficiência da natureza, através da habilidade e capacidade dos especialistas para sua execução, seu monitoramento, sua manipulação e o controle do fenômeno da criação “divina”. (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2006: 27).

Isso vem reforçar uma crença na ciência biomédica como capaz de oferecer uma solução para tudo. Ramírez-Gálvez (2006) vai destacar a criação de um mercado farmacológico de diagnóstico que cresceu de forma paralela ao crescimento do uso de Novas Tecnologias de Reprodutivas através de consumo de práticas médicas. A este respeito, Ramírez-Gálvez(2003) diz que pensar na RA, diz respeito a eventos do ciclo de vida que passam a ser situações nas quais

a tecnologia age paliativamente, ignorando, em muitas ocasiões, a determinação social da saúde e da doença. Essa

redescritção coloca em jogo interesses envolvidos na própria produção de atos médicos, que implicam a comercialização e o consumo de serviços, fármacos e equipamentos (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2003: 24).

Tais técnicas estão envoltas pela lógica do consumo que tem a ver com a mercantilização. Ou seja, vai gerar um consumo por práticas médicas, por serviços e medicamentos. E “esta ideologia do consumo é algo que se associa a ideia de inclusão, da sensação de ‘bem-estar’ e ‘felicidade’ ao ato de consumir” (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2003: 110).

O trio (ciência, tecnologia e capital) anda junto, fazendo com que haja uma massificação dos serviços de reprodução assistida, tendo em vista um aumento considerável na oferta destas técnicas, assimcomo um aumento no número de centros que oferecem esses procedimentos.

Sendo assim, nota-se um número considerável de bebês nascidos destes procedimentos, incitando a proliferação e o aprimoramento destas técnicas. Decorre daí um aumento no número de clínicas que oferecem RA, e dos lucros obtidos, uma vez considerados os altos custos envolvidos nesta tecnologia (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2003).

Ramírez-Gálvez (2006) atenta para a fragmentação do processo reprodutivo, onde há doação de gametas ou de úteros, entre outros. Aquilo que antes era um elemento social passa agora a ser representado pelo gene, e isto acarretou um rápido crescimento da comercialização das funções reprodutivas, de modo que o gene vai se tornar algo extremamente importante para a biogenética. Ou seja, o que prevalece agora é aquele saber que passa pelo biomédico:

Ganha força a tendência de enfatizar o vínculo biológico em função da associação entre parentesco e saúde, implicando que a família e o parentesco sejam incluídos entre as experiências humanas a serem medicalizadas. (FINKLER, 2001)(RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2006: 25).

Neste sentido, o que passa a ter maior credibilidade e aquilo que a ciência determina. Ramírez-Gálvez (2006) vai dizer ainda que a constatação de doenças genéticas no embrião também vem gerando negócios lucrativos:

Nos Estados Unidos, a escolha de gametas por catálogo e de mães substitutas, divulgada amplamente pela Internet, é promovida por instituições burocratizadas que envolvem intermediários, complexos contratos e remuneração, similar à intermediação para recrutar doadoras de óvulos. Jornais e páginas eletrônicas trazem em detalhe as características desejáveis de uma doadora de óvulos (inteligência, beleza, modos, tamanho corporal e porte), que parecem determinar o valor dos “serviços”. Um exaustivo formulário, que deve ser preenchido pelas potenciais doadoras de óvulos, indaga sobre características físicas; religião; se usa lentes para correção de problemas visuais; lateralidade; presença de sardas; habilidades atléticas, em matemática, ciências e literatura... (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2006: 26).

No Brasil, maternidade substituta (ou barriga de aluguel) não é permitida e nem a comercialização destes materiais genéticos. Tudo passa pela retórica da dádiva, ou seja, mulheres doam seus óvulos para que outras possam realizar o desejo de ter filhos. É necessário apontar para outras formas de comercialização que são mascaradas e que se apresentam de outra forma: a doação compartilhada de óvulos.

Segundo Barbosa (2003), trata-se de um programa que foi implantado por diversas clínicas de Reprodução Assistida; neste programa mulheres que não tinham condições econômicas para tais procedimentos doavam seus óvulos para usuárias do serviço privado, desta forma, recebiam em troca medicamentos para a estimulação ovariana (ressalta-se que esses medicamentos são muito caros e constituem em média 50% do valor total do tratamento). Foi um programa denunciado e interpretado como ilegal, tendo em vista que não se podem vender óvulos, pois passa pela lógica da comercialização e não da dádiva que se pressupõe seja a que define tal procedimento.

Ramírez-Gálvez (2006) aponta que:

O universo da RA é colocado ao alcance das/os potenciais usuárias/os, mediante um discurso padronizado acerca da infertilidade e das possibilidades da RA. É recorrente o apelo ao desejo de ter filhos como um anseio natural, cuja realização deveria ser um direito ao qual todas as pessoas teriam de ter acesso. O justo, nessas narrativas, é pelo menos tentar esgotar os recursos que a tecnociência disponibiliza para superar as dificuldades e os limites impostos pela natureza, como a idade, por exemplo (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2006: 29).

Assim, as Novas Tecnologias Reprodutivas vão surgir como uma “solução” para o “problema” que impede a mulher de ter filhos. E a ciência vai ser enxergada como a saída para tal “problema”. Sendo assim, a intervenção médica vai reforçar o papel da medicina legitimando-a e vai deslocar aquilo que antes era visto como sendo da ordem do natural para o campo científico, gerando uma nova lógica de reprodução.

Ramírez-Gálvez (2006) vai afirmar que o campo da RA tornou-se uma indústria e se comporta como tal, até mesmo pela lógica de consumo que é observada. Sendo assim, “oferece, nos termos de uma lógica de consumo, uma série de técnicas, produtos e serviços profissionais no novo mercado da infertilidade” (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2006: 33). Sendo assim,

A vivência da gravidez, a experiência de ter um filho genético aparentado, converteu-se em mercadoria: um sonho a ser lembrado, promovido e reforçado que requer mediação médica e tecnológica para sua realização e seu controle (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2006: 35).

Isto só reforça o que foi dito anteriormente, ou seja, a partir do desejo de ter um filho aparentado e que possua seus traços genéticos e para que ocorra a fecundação há a necessidade de uma intervenção médico-tecnológica. Segundo Ramírez-Gálvez (2006), as Novas Tecnologias Reprodutivas vêm para realizar tecnologicamente uma função corporal, fazendo com que o corpo da mulher se constitua em uma extensão da tecnologia. Pois,

A Medicina Reprodutiva estimula o desejo de filho biológico, mas se apropria da função criando um ciclo de dependência tecnológica e o requerimento de tratamentos e regimes altamente invasivos que podem colocar em risco a saúde, principalmente, das mulheres. Até agora tem passado pouco tempo para fazer avaliações rigorosas, em longo prazo, dos efeitos dos medicamentos e procedimentos utilizados na saúde da mulher e das futuras gerações “produzidas” mediante essas tecnologias. (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2006: 35).

Ou seja, quanto mais se utilizam estes métodos, mais aumenta a demanda por novas técnicas, mesmo considerando os danos que tais técnicas causam a saúde da mulher. Segundo Ramírez-Gálvez (2006) a transferência da reprodução para o laboratório faz com que haja “um deslocamento da centralidade das mulheres nesse processo e a apropriação da reprodução por parte de tecnomedicina” (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2006: 35).

Outro fator importante a ser abordado é o sucesso destas técnicas, que nem sempre corresponde ao que se espera. Ramírez-Gálvez (2012) aponta que as chances da Fertilização *in vitro* darem certo são de 30%, então a probabilidade de o tratamento não ter sucesso é maior. Isto é salientado com a finalidade de os casais se prepararem para fazer várias tentativas. Isto porque nem sempre a gravidez se dá na primeira tentativa, de modo que as mulheres vão se submeter a mais estimulações ovarianas tendo em vista que poderão realizar mais tentativas.

As estimulações ovarianas são feitas com a utilização de hormônios antes de cada procedimento. Para tanto, o que não é dito, é que estas estimulações são feitas com altas taxas que trazem diversas complicações para os corpos das mulheres.

Ramírez-Gálvez (2012) diz que o processo se dá de forma fragmentada, onde cada profissional é responsável por um tipo de diagnóstico e de intervenção que corresponde a: “um que avalia e define o tratamento, determina o momento adequado para realizar cada passo necessário, seleciona, prepara o material, fecunda, congela (se for necessário), e transfere” (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2012: 205). Sendo assim, os casais se limitam a entregar

o material necessário para que haja a fecundação, ou seja, os gametas, e ficam à espera do final da produção da gravidez. Desta forma:

Os corpos são fragmentados e suas partes (os fragmentos dos fragmentos) são examinadas minuciosamente, objetivadas, despersonalizadas e manipuladas por uma equipe de especialistas, num processo que parece marginalizar as pessoas ou casais do evento reprodutivo (RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2012: 206).

A autora tenta entender como o crescimento é tão acelerado em nosso país se tais procedimentos de RA são tão invasivos, se sua eficácia é limitada, bem como dispendiosos e incertos com relação aos riscos.

Para Mângia e Muramoto (2007: 177),

Para Merhy, o único caminho possível é o de permitir que o nosso agir profissional seja reconfigurado, desterritorializado e esse processo só pode ocorrer como ato coletivo no contexto do trabalho em equipe. O profissional deveria refletir sobre a oferta que faz se colocando no lugar de quem recebe ou receberia o cuidado e criticar a oferta focada em parcialidades, que fragmenta o sujeito em diversos procedimentos técnicos.

Essa fragmentação não permite que o usuário seja reconhecido como um “sujeito de desejos, possibilidades, necessidades, direitos e capacidade de apropriação e invenção de seu projeto de saúde” (MÂNGIA; MURAMOTO, 2007: 177), ou até mesmo não o reconhece como parceiro na construção de projetos terapêuticos.

Capítulo 3. Desdobramentos da Pesquisa: Resultados

Este capítulo irá tratar dos resultados obtidos na pesquisa realizada no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), mais precisamente no setor de ginecologia. A pesquisa foi realizada nos dias em que havia atendimentos para Planejamento Familiar.

A pesquisa teve como objetivo principal entender os Itinerários Terapêuticos das mulheres que buscam atendimento no HULW no setor referido. Neste sentido, puderam ser observados alguns pontos que são importantes para a reflexão, entre eles a seguinte questão: dado que o nome que se dá ao serviço de atendimento é planejamento familiar, por que só há mulheres e não casais?

Inicialmente, o objetivo era devolver a pesquisa nas clínicas que fazem Reprodução Assistida na cidade de João Pessoa (PB). A partir do mapeamento das clínicas, procurou-se investigar quais são os recursos disponibilizados aos casais que buscam seus serviços.

Como as clínicas que oferecem a Reprodução Assistida são impenetráveis, talvez em razão de estar em jogo a identidade de seus usuários, o segredo/anonimato, entre outras implicações que tais técnicas trazem, as dificuldades de ingresso nestas clínicas especializadas em Reprodução Assistida são muitas e não conseguimos acessá-las. Não sendo possível desenvolver a pesquisa nestas clínicas, tinha-se como objetivo analisar o *site* de uma clínica bastante conhecida, localizada no Bairro dos Estados, mas o *site* não foi encontrado. Deste modo, tivemos então que abandonar tal perspectiva e considerar outra possibilidade de realização da pesquisa.

A partir dos Itinerários Terapêuticos das mulheres que vão à busca dos serviços, pudemos observar as mesmas tem dificuldades de obter acesso aos médicos, bem como dificuldades econômicas, mesmo se tratando de um hospital público.

Destaca-se também o papel da família que ajuda essas mulheres tanto psicologicamente quanto financeiramente, tendo em vista que o processo de investigação das causas das dificuldades de engravidar é muito exaustivo,

difícil e oneroso para essas mulheres, principalmente aquelas que não moram na cidade de João Pessoa (PB).

3.1. Novas Tecnologias reprodutivas e ambulatório: um espaço feminino?

O presente tópico tem como objetivo discutir algo que pôde ser acompanhado no campo de pesquisa, no Hospital Universitário Lauro Wanderley: *o tema das Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas e a responsabilização do processo reprodutivo centrado no feminino*. Trata-se de uma inquietação que surgiu logo nos primeiros dias em que a pesquisa começou a ser desenvolvida. Estamos entendendo Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas como procedimentos médicos que permitem procriação sem a necessidade de relação sexual.

Chamou-nos a atenção o fato de que não existiam "casais" no setor de planejamento familiar, onde a pesquisa estava sendo desenvolvida, havia apenas a presença de mulheres. Então, nos propomos a entender o porquê da presença apenas das mulheres, uma vez que se trata de um planejamento familiar.

A partir dos relatos destas mulheres, observou-se que elas se apresentavam como "representantes dos casais". Na tentativa de compreender este fenômeno, identificamos dois fatores importantes. O primeiro, relacionado às questões institucionais – os companheiros não são liberados do trabalho para acompanhar as esposas em consultas de planejamento familiar, além do sentimento da população que considera os espaços ambulatoriais do SUS como sendo "femininos".

O segundo, e talvez o mais importante, seja identificar que, mais uma vez, a questão da saúde reprodutiva está sendo colocada como de única e exclusiva responsabilidade das mulheres, tanto no que diz respeito aos métodos contraceptivos, e até as questões de abortamentos, quanto no que concerne à questão da concepção/métodos de reprodução/pré-natal/parto/pós-parto e cuidado com o recém-nascido.

Quando pensamos em saúde reprodutiva, consultórios de ginecologia, lembramos de mulheres e, neste sentido, quando vamos a estes lugares nos deparamos com muitas delas que vão buscar atendimentos nesses serviços de saúde. Mas supomos que a saúde reprodutiva não diz respeito apenas à mulher, tendo em vista que o “interesse em ter filhos” é do casal, então, a inquietação que surge é: será que a saúde reprodutiva é algo atribuído apenas às mulheres? O que os homens têm a ver com isso?

No universo de pesquisa abordado neste trabalho, pôde-se perceber que os homens não acompanham suas esposas na busca por atendimento para entender porque não estão conseguindo engravidar. Aliás, quem primeiro procura descobrir as razões pelas não estão conseguindo ter filhos são as mulheres.

Segundo Arilha (1999), a preocupação com a população masculina vem crescendo no Brasil entre aqueles que estão interessados tanto nacional como internacionalmente no campo da saúde reprodutiva. Esta preocupação vem ocorrendo em consequência da constatação da insuficiência dos resultados obtidos com relação à saúde reprodutiva das mulheres e da assimilação do homem com sendo um sujeito de necessidades específicas nesse campo.

Sendo assim:

Apesar de serem geneticamente igualmente participantes, homens e mulheres não têm igualdade de participação no processo reprodutivo em termos do volume de trabalho corporal que a reprodução acarreta para cada um dos sexos. Não obstante, uma representação gráfica do processo reprodutivo, circulante no século XVII (Demarest&Sciarra, s/d), mostra como, naquele período, considerava-se o homem como agente produtor do feto - introduzido no corpo feminino já praticamente formado, apenas esperando para ser desenvolvido. Essa concepção indica um estágio do conhecimento científico que deixa marcas no imaginário social até os dias atuais: é bastante comum ouvir-se, ainda hoje, histórias em que os homens são descritos como 'agricultores que espalham a semente na terra'. Concomitantemente, de maneira curiosa, a reprodução é vista como 'algo' do universo feminino (ARILHA, 1999: 458).

Desta forma, é perceptível o quanto o homem é visto como aquele que tem o poder da fertilidade, mesmo estando a reprodução ligada à mulher. Arilha (1999) afirma ainda que as conferências internacionais realizadas nas décadas de 1990 pela Organização das Nações (ONU), mais especificamente a Conferencia Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo (CIPD), ocorrida em 1994, contribuíram para uma perspectiva de inclusão explícita das palavras homens/masculino em texto que tratava de questões que eram relacionadas às problemáticas “femininas”. Isto pode ser observado no documento, nos capítulos sete e oito, no que se refere ao campo da saúde reprodutiva e dos direitos reprodutivos (ARILHA, 1999).

Neste sentido, ficou claro que as transformações nos indicadores de saúde da mulher só poderiam se concretizar na medida em que a população masculina tanto a jovem como a adulta também modificassem seus padrões comportamentais, “por exemplo, em relação à transmissão das doenças sexualmente transmissíveis – em especial a AIDS – e ao uso de contraceptivos” (ARILHA, 1999: 456). Para o autor,

Paralelamente ao processo desenvolvido por meio da CIPD – que foi movido especialmente pela organização e mobilização internacional feminista; pela participação do *establishment* que opera sobre as questões populacionais; governos; e agências de cooperação internacional do sistema ONU – , crescia, sobretudo na Europa, Canadá e Estados Unidos, a organização de grupos de homens reunidos para pensar suas vidas diante das mudanças que as mulheres têm provocado no interior de suas relações afetivas e sexuais. Ao mesmo tempo, crescia o número de núcleos de estudos sobre 'masculinidades' nas universidades americanas, canadenses e européias e o movimento *gay*- indicando a urgência de produzir conhecimento sobre o universo dos homens homossexuais, sobretudo diante da problemática da AIDS (ARILHA, 1999: 456).

É necessário apontar que houve uma convergência de situações: ao mesmo tempo em que cresciam as áreas de estudos sobre o tema das masculinidades, crescia também uma reflexão internacional acerca do papel do homem na busca por melhorias dos indicadores de saúde para as mulheres.

Incrementado pela construção de um cenário a partir do qual os homens passaram a ser vistos como cidadãos de necessidades e direitos na esfera da vida sexual e reprodutiva, segundo Arilha (1999), este processo acabou tendo alguns reflexos no Brasil, com o surgimento de alguns terapeutas especializados no trabalho com homens, e a crescente tendência em desenvolver estudos com o público masculino, mesmo que muitos deles se tratassem de trabalhos em torno de temas ligados à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Mesmo assim, para Arilha (1999), esse cenário indicava que transformações estavam ocorrendo. Pois na década de 1980 ocorreram poucas e isoladas iniciativas de inclusão do homem no campo da produção teórica e como objeto de projetos de assistência ou intervenção.

Arilha (1999) vai destacar ainda um seminário realizado pelo Conselho Estadual da Condição Feminina (CECF) em São Paulo, no ano de 1984, preparado por um grupo de discussão desenvolvido com homens que estavam preocupados com a chamada “questão das mulheres”. Muitos desses homens eram parceiros de feministas.

No que se refere ao atendimento da população masculina em serviços de saúde, existiam, mas relacionados ao planejamento familiar em grandes empresas que estavam voltadas principalmente para as questões ligadas ao planejamento familiar, e, neste sentido, a vasectomia (ARILHA, 1999: 457).

Arilha (1999) aponta para o fato de que a vida reprodutiva de um homem não diz respeito à relação direta que ele estabelece com a saúde reprodutiva. De forma completamente diferente da que ocorre com as mulheres, a reprodução, no caso do homem, não diz respeito à intimidade e interação com seu próprio corpo. Não haveria uma espécie de consciência reprodutiva, que fosse representada por uma experiência corporal. Como pontua Arilha (1999: 464),

De qualquer maneira, parece haver diferenças entre homens e mulheres sobre o que é mais interessante em relação aos processos reprodutivos. Mulheres desejam o filho; homens desejam a família. A ideia/desejo/vontade/aspiração de ser pai viria com a maturidade e com o casamento e não determina o filho, ao contrário do que parece ocorrer com as mulheres. Para muitas delas, a legitimidade de sua feminilidade ainda se

dá pelo filho, ao passo que a legitimidade da masculinidade se fundamenta na família.

Podemos perceber com isso diferenças latentes no desejo por filhos e de que forma é enxergado por homens e mulheres. Ao passo que para a mulher há toda uma relação com o corpo que tem a ver com o período gestacional, para o homem está relacionado a ter uma família. O “não ter filhos” implica para o homem uma masculinidade incompleta e ter filhos vai legitimar a sua masculinidade.

Costa (2002) afirma que a maternidade era fundamental para a construção da noção de feminilidade entre as mulheres que participaram de sua pesquisa. A maternidade era vista como a realização de um desejo, bem como sendo também um evento natural na vida das mulheres.

Merino e Marcon(2007) apontam que em escritos do século 17 já se comentava a menor frequência de doenças dos homens, embora a mortalidade fosse maior em relação às mulheres, estas, por sua vez, se consultavam, se submetiam a mais exames e iam duas vezes mais aos médicos do que os homens. Algumas suposições são de que os indivíduos do sexo masculino preferem utilizar as farmácias, pois estas respondem de forma mais objetiva às suas necessidades. Além disto, a partir de Merino e Marcon(2007), fica claro que os indivíduos do sexo masculino consideram os espaços, sobretudo de Unidades Básicas de Saúde, um espaço feminizado, que é frequentado apenas por mulheres, idosos e crianças, ou ainda que tais locais não disponibilizam programas voltados para a população masculina.

Isto se deve a uma responsabilização das mulheres quando falamos em saúde da família, e que abarca tanto a sua saúde gravídico-puerperal quanto os cuidados com os idosos e as crianças, ou seja, aqueles que mais utilizam os serviços de saúde.

3.2 As entrevistas

Neste tópico serão abordadas as entrevistas realizadas no HULW com mulheres que estavam em busca do serviço de planejamento familiar porque estavam encontrando dificuldades para engravidar. Neste sentido, a procura se deu pelas mulheres que buscavam os serviços do hospital HULW no setor de Ginecologia. Não necessariamente procuramos mulheres que estavam em busca de Novas Tecnologias Reprodutivas.

Na primeira visita ao HULW fui apresentada a uma das enfermeiras do setor de Ginecologia pelo Prof.^o Dr.^o Eduardo Sérgio. Seu nome é Ana, uma enfermeira muito acessível e que me acolheu. Ela se encarregava, num primeiro momento, da apresentação às informantes/entrevistadas. Logo depois, me passava os nomes das mulheres que estavam em busca ou realizando tratamento para engravidar naquele dia, e desta forma eu fui me apresentando.

Apresentava-me como sendo pesquisadora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) que queria entrevistar mulheres que estavam encontrando dificuldades para engravidar. As entrevistadas me viam como sendo uma funcionária do hospital. Tive a oportunidade de conversar com uma mulher que dizia ter gostado de conversar comigo porque assim poderia desabafar, ou seja, compartilhar seus anseios e angústias e porque ajudava a passar o tempo, já que eu começava a chamá-las de forma decrescente, isto porque as que estavam esperando para ser chamadas não iriam ter tempo para que pudesse entrevistá-las. Outras ficavam meio inquietas e respondiam as questões de forma rápida, com medo de perder a vez no atendimento.

Sempre que chegava ao HULW pela manhã procurava por Ana, que me passava a relação das mulheres que iriam ser atendidas pelo Dr. Pedro e me deixava em sua sala para que entrevistasse essas mulheres. Pelo que eu pude entender, Dr. Pedro é um médico que atende as mulheres que estão tentando engravidar e encontrando dificuldades. Ana me indicava procurar por mulheres que tinham entre 25 e 35 anos, porque, segundo ela, essa era a faixa etária das mulheres que procuravam engravidar e que estavam encontrando dificuldades, o que realmente se confirmou quando eu chamava essas mulheres para a entrevista. De fato, tais mulheres haviam adiado a gravidez

por diversas questões e agora estavam encontrando dificuldades para ter filhos.

Tive a oportunidade de entrevistar algumas mulheres, cujos dados compõem a tabela a seguir.

Tabela 1. Dados pessoais da entrevista com mulheres.

Nome	Idade	Tem filhos?	Cidade	Aquanto tempo tenta ter um filho	Profissão
Egypcia	21 anos	Não	Sapé	01 ano	Professora do ensino infantil
Juberlandia	31 anos	Não	Asa Branca	02 anos	Dona de Casa
Rosemary	28 anos	Não	Itapororoca	07 anos	Atendente de farmácia
Ednelma	32 anos	Não	João Pessoa	05 Anos	Dona de casa
Crisnila	22 anos	Não	João Pessoa	02 Anos	Dona de casa
Maria das Dores	32 anos	Sim	Cabedelo	02 anos	Auxiliar de serviços gerais
Rosa	27 anos	Sim	João Pessoa	Queruma reversão da laqueadura	Dona de casa

Fonte: dados coletados pela pesquisadora.

Quando as entrevistas estavam sendo realizadas, tinha certo cuidado para não abordar as mulheres perguntando se elas conheciam ou estavam buscando as Novas Tecnologias Reprodutivas, por entender que nem todas sabiam da existência destas técnicas. Tendo a consciência de que o objetivo das entrevistas era entender como estavam lidando com a ausência de filhos, ou quais os Itinerários Terapêuticos dessas mulheres, não queria criar demanda por procedimentos de Reprodução Assistida.

Neste contexto, apenas perguntava se elas conheciam algum método para ter filhos, caso o tratamento não desse certo. Desta forma, quando ficava claro que as mulheres tinham conhecimento sobre as técnicas, as deixava discorrer sobre o que sabiam, e perguntava se elas pensavam na possibilidade de fazer uso das tecnologias de Reprodução Assistida.

Em conversas com as mulheres, foi possível identificar que todas encontravam dificuldades para acessar os serviços do HULW, talvez isto se devia ao fato de que a demanda neste hospital é muito alta. Pois, além da cidade de João Pessoa, o hospital presta atendimento às cidades do interior do Estado da Paraíba. Nas entrevistas, algumas mulheres se queixam de que esperam mais ou menos um ano para conseguir uma consulta, caso de Ednelma (32 anos), que marcou sua consulta em janeiro e só conseguiu atendimento para mostrar seus exames ao médico no mês de agosto.

Esta paciente relata também que para conseguir a resolução de seu “problema” teve muitas dificuldades, tanto para marcar a primeira consulta (tendo em vista que foi indicada para que procurasse os serviços do HULW) como para conseguir que o médico que procurava a atendesse (Dr. Pedro).

Ednelma revela que chegou ao HULW a procura de atendimento e, não conseguindo, foi até a recepção falar com as recepcionistas dizendo que estava com um grave problema de saúde e precisaria marcar uma consulta. A partir disto, conseguiu agendar tal consulta, mas fez exames e novamente teve dificuldades em marcar a consulta para mostrá-los ao médico que os havia solicitado.

Outra dificuldade percebida, diz respeito ao fato de que uma grande parte destas mulheres não reside na cidade de João Pessoa, e por isso têm que recorrer a transportes da prefeitura de suas cidades para serem atendidas. No entanto, nos transportes da prefeitura elas não podem vir acompanhadas,

porque eles só dispõem de uma vaga destinada aos pacientes que vão ser atendidos no HULW. Como algumas cidades são distantes, as mulheres precisam sair muito cedo para conseguir atendimento. Por exemplo, algumas entrevistadas chegaram ao hospital às cinco horas da manhã, para isto, tinham que sair de suas cidades uma hora da madrugada.

3.3. Mulher laqueada pelo marido sem que ela soubesse

Numa das visitas ao HULW foi possível identificar um caso bem interessante. O de Maria das Dolores, 32 anos, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de produção, auxiliar de cozinha. Maria das Dolores tem quatro filhos, (dois seus e de seu antigo marido, um adotivo e o outro apenas de seu antigo marido). Passou alguns anos casada e havia se separado há algum tempo. Hoje, ela vive com outro companheiro, com o qual está há dois anos. Com o companheiro atual decidiu ter filhos e, após um ano tentando engravidar, desconfiou que houvesse algo errado, e lembrou-se de um fato ocorrido há algum tempo que justificava sua desconfiança.

A história é a seguinte: em uma de suas consultas de rotina descobriu que tinha mioma, e fez uma cirurgia para a sua retirada. Quando a cirurgia acabou, e mesmo anestesiada, Maria das Dolores escutou quando o médico disse que ela era “ligada” (já havia feito laqueadura). Mesmo assim ela não deu crédito ao que o médico havia falado e o tempo passou.

Ocorreu que, há sete anos, quando ela foi ter seu filho, seu primeiro marido mandou o médico que fez seu parto que a “ligasse”. Ela só lembra que estava sentindo muitas dores, que sua bolsa já havia estourado e não tinha passagem para que seu filho nascesse de parto normal. Neste momento, chegaram com uns papéis e pediram que ela assinasse e, sem ler do que se tratava, assinou. Ou seja, havia assinado uma autorização para que fosse realizada a laqueadura. Quando questionada acerca de como foi possível seu marido fazer isto sem que ela soubesse, ela afirmou que isso ocorre com certa frequência na cidade de Cabedelo (seu endereço nesta época), já seu marido tinha influência no hospital por ser um Guarda Municipal, e conhecia os

médicos. Quando perguntei se ela conhecia alguém que já tivesse passado pela mesma coisa, Maria das Dores afirmou que sim, tratava-se de uma amiga cujo parceiro havia agido de maneira idêntica. Mesmo ambos os companheiros não admitirem ter feito tal coisa (o de Maria das Dores nega até hoje), ela acredita que tal feito não tinha nenhum motivo aparente e tendo sido por pura maldade.

Isto demonstra o quanto nossa sociedade é machista, pois mesmo não sendo um desejo desta mulher, o marido mandou que fizessem a laqueadura, sem que ela soubesse, e foi prontamente atendido pelo médico de quem ela era apaciente. Ou seja, isto demonstra o quanto a biotecnologia vem sendo utilizada para o controle da vida e dos corpos das pessoas, pois o desejo não era apenas do marido mas de toda a sociedade/Estado que diz: “pobre não é para ter filhos”, ou ainda “para quê você quer ter mais filhos? Você já não os tem demais?”.

E a laqueadura é algo que demonstra muito bem isto, pois surge como um método contraceptivo, destinado sobretudo ao controle da natalidade dos pobres, além de ter sido uma biotecnologia muito utilizada nos anos 1980-90 no Brasil.

Outro fato interessante é que Maria das Dores foi fazer um exame para comprovar sua laqueadura num lugar chamado Centro de Diagnóstico, Radiografia e Ultrassonografia (CEDRUL). No CEDRUL, o exame que investigaria qual seria a situação de suas trompas foi feito sem anestesia. No momento do exame, ela foi informada de que deveria pagar um pouco mais de R\$ 400,00 e como não tinha aquele valor naquele momento, e tendo em vista que aquele dia se tratava de uma folga que conseguiu no trabalho para fazer tal exame, não queria desperdiçá-la; o médico perguntou então se ela suportaria fazer o exame sem a anestesia e ela, muito forte, disse que sim.

Neste exame, segundo ela, é introduzido um instrumento (que não soube especificar) que vai fazer o descolamento do útero, e através de um vídeo consegue-se ver o estado das trompas. A partir deste exame foi detectado que uma das trompas havia sido “ligada” enquanto a outra estava desobstruída. Quando questionada acerca da dor que tal procedimento provocava, ela afirmou que passaria tudo de novo para realizar o sonho de dar

ao seu companheiro um filho. Seu companheiro já havia lhe cobrado um filho, motivo de terem brigado por diversas vezes e até se separado.

Vale ressaltar que tudo isto estava sendo mantido em segredo, ou seja, nem sua família e muito menos seu companheiro ficaram sabendo do que o companheiro anterior havia feito. E, segundo ela, nem vão saber, apenas algumas pessoas muito próximas a ela sabem. Uma inquietação que surgiu foi a propósito de como manteria este segredo mesmo estando internada para a reversão da laqueadura. E se ele viesse aqui visitá-la? “Ele não tem como saber, está pescando e só volta daqui a três dias e quando ele chegar eu já vou estar em casa” (Maria das Dores). Disse ao marido apenas que iria realizar uma cirurgia no útero, mas não falou do que se tratava.

Não contou a sua família porque são contra o fato de ela ter mais filhos, porque já os tem demais, e também são contra o seu relacionamento, pelo fato de que ela é mais velha que o seu companheiro, ou seja, ela tem 32 anos e ele tem 23 anos, e sua família não aprova a sua união, ao contrário da família de seu companheiro. Luna (2007) aponta que quanto mais velha a mulher ou quanto mais crescidos os filhos da primeira união, maior a tendência à crítica (LUNA, 2007: 59).

Maria das Dores foi uma das entrevistadas mais difíceis, talvez porque seu caso estivesse na ordem do segredo. Ou seja, quando perguntado se poderia gravar a entrevista, não foi permitido. O desafio foi anotar o maior número de informações possíveis e prestar atenção ao que a entrevistada estava relatando. Sendo assim, apesar de já saber de sua história, queria que ela contasse com suas palavras, e, neste sentido, encontrei resistência por parte da entrevistada. Depois de alguns rodeios e de algumas perguntas, ela finalmente contou o fato ocorrido. Não sei como ela me viu (talvez como alguém da área de Saúde, algo muito comum quando se faz pesquisa em saúde), ou se abriu seu segredo por ter confiado em mim como pesquisadora.

Uma queixa perceptível por parte das entrevistadas é a questão da demora em conseguir ser atendida ou em marcar as consultas no HULW. Maria das Dores é um exemplo bem claro disto. Desde o exame feito sem anestesia no CEDRUL até hoje, se passou um ano. A entrevistada conta que não conseguiu atendimento no HULW por acaso e sim através de seus “contatos”. Uma explicação para isto é a alta demanda existente entre os serviços do

HULW, já que se trata de um hospital que é referência em nosso estado, o que acaba dificultando o acesso destas pessoas.

3.4 Análise das Entrevistas

A partir das entrevistas realizadas no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), muita coisa pôde ser vista. Assim, a análise destas entrevistas será feita tendo em vista dar conta do que foi proposto anteriormente. Ou seja, apreender os Itinerários Terapêuticos das mulheres, que são marcados por dificuldades para ter filhos e para conseguir atendimento no HULW.

Um dos pontos destacados corresponde à importância dos familiares no que diz respeito aos problemas para engravidar quando estes começam a aparecer. Se antes a família exercia uma “pressão social” para que os casais tivessem filhos, quando descobrem que não conseguem por outros motivos ocorre uma mudança na forma como a família vai tratar esses casais. Ou seja, incentivando as mulheres, principalmente para que elas busquem tratamento. Neste sentido, a família é a responsável por dar apoio as essas mulheres.

O apoio compreende desde a orientação para que fossem investigadas as causas que estavam impossibilitando que as mulheres tivessem filhos até o encorajamento e a força para continuarem com o tratamento. E praticamente todas as entrevistadas ressaltavam tal condição.

Bastos (2006) vai destacar o papel da família em um processo de saúde/doença e as consequências teórico/metodológicas quanto pensamos o indivíduo em contexto. Neste sentido, as práticas coletivas quando considerado o espaço da vida cotidiana da família são, ao mesmo tempo, produzidas dentro de um determinando contexto de disponibilidades. Portanto,

os modos de perceber e lidar com uma doença passariam a fazer parte da organização da família, num esforço mútuo e partilhado. A experiência da família, vista ela própria como um sistema em desenvolvimento, conduz à adoção ou abandono de práticas de cuidado, dando lugar à construção de modos pessoais de construção de itinerários terapêuticos, na busca de resoluções dos problemas de saúde-doença (BASTOS, 2006: 04).

Isto pode ser observado nas entrevistas que foram realizadas com algumas mulheres quando perguntava acerca do que a família achava do fato delas estarem tentando, mas não conseguindo ter filhos. Elas ressaltavam que suas famílias as incentivavam para que procurassem ajuda para investigar estas dificuldades para engravidar.

O apoio financeiro e psicológico da família é de extrema importância para essas mulheres, porque as incentiva a fazerem o tratamento mesmo sendo muito difícil e até mesmo cansativo. A concepção e a própria inserção da família em sistemas de suporte social são, portanto, expressos, socializados e transmitidos no espaço doméstico (BASTOS, 2006: 04). Algumas relatam ter pensado em desistir, mas não o fizeram porque seus familiares dão força e as incentivam para que continuem com o tratamento.

Ficou claro que a maior parte das mulheres está tentando engravidar a algum tempo, segundo as entrevistas, a mais ou menos dois anos sem utilização de nenhum método contraceptivo. Este é o período proposto pela OMS para que sejam investigadas as causas da infertilidade, levando em consideração que não estejam utilizando nenhum método contraceptivo quando é detectada a infertilidade.

Algumas já tinham tomado conhecimento de que havia “problemas” em algum momento, mas acabaram deixando o tratamento de lado e só agora tinham resolvido retomá-lo. Isso acaba dificultando ainda mais a possibilidade de ter filhos por vias naturais, como é o caso de Ednelma (32 anos), que está tentando engravidar a cinco anos. Ela relata então como conseguiu atendimento,

Eu rodei aqui. Na primeira vez eu fiquei agoniada. Eu via assim em meu pensamento. Será que eu vou dar viagem perdida? Teve um dia que eu cheguei aqui e num deixaram eu falar nem com Dr. João Vinagre, ele tava com aluno. Pra falar com Dr. Pedro tive que subir lá em cima e descer praticamente. Eu com medo de dar viagem perdida falei: meu Deus eu só vou sair daqui quando alguém me atender. Porque assim, eu vinha aqui às vezes, e voltava sem falar com ninguém. Teve um dia que vim fui naquele guichê ali na frente e disse: mulher, num tem ninguém pra me atender não, pra resolver meu problema eu tô com uns exame aqui pra mostrar para o Dr. Vinagre. Ela disse: o seu caso é um caso de cirurgia de trompas, a senhora num conhece um especialista não? Aí ela me deu o nome de uma Doutora não tem esse mês, mas, para Dr. Pedro tem só que é lá pra outra semana. Eu falei: não importa se é pra um mês ou pra dois, só quero que resolvam o meu problema porque eu não sei mais o que fazer (Ednelma, 32 anos).

Ednelma está a cinco anos procurando tratamento e num primeiro momento, o diagnóstico foi de que havia uma trompa obstruída. Quem deu tal diagnóstico foi o Dr. Pedro, após ver os exames que ela havia feito. Disse que realizaria a cirurgia, mas que para isso ela teria que fazer outros exames. Quando os resultados chegaram, constatou-se que ela estava com anemia e que não poderia fazer a cirurgia. Tomou medicação para a anemia e voltou ao consultório para novamente mostrar os exames feitos, agora sem anemia. Mas, Ednelma estava sangrando muito e não sabia o porquê, quando mostrou os outros exames que o Dr. Pedro havia solicitado foi detectado que ela estava com mioma. Inclusive o médico disse que no lugar dela não tentaria engravidar, porque, segundo ele, o mioma se alimenta de sangue, e uma gravidez nessas condições não se sustentaria.

A partir desta pesquisa pude perceber que algumas mulheres desistem do tratamento ou em algum momento desistiram. O motivo desta desistência se dava por questões relacionadas aos altos custos com exames para identificação do motivo da dificuldade de engravidar. Isto porque a maior parte destas mulheres mora no interior e não tem condições financeiras para custear tais exames, ou tem dificuldade para encontrar profissionais nesta área. Como é o caso de Ednelma, que abandonou a investigação faz alguns anos, por questões financeiras ou ainda porque seu companheiro a fez desistir de continuar. Ednelma afirmou que sua irmã mais nova já tem filhos e, como

afirma o dito popular, quando a irmã mais nova tem filhos antes da mais velha é sinal que a mais velha não vai ter filhos.

Para estas mulheres, o filho é visto como um sonho a ser realizado: “Um filho é tudo, é uma família. Só se torna uma família quando se tem um filho”. (Egyptia, 21 anos, mora em Sapé/PB). Para elas o filho representa algo concreto, sendo assim, uma família só se forma realmente quando se tem um filho. Luna (2007) aponta para o fato de que as mulheres se referem à maternidade como o sonho da mulher e, ao tempo de executá-lo, indicam o quanto se vê a maternidade como condição da identidade feminina essencial, sendo assim um casal sem filhos não é família.

Uma história bem interessante foi a de uma mulher que procurou o médico porque queria investigar os motivos pelos quais não estava conseguindo engravidar. A entrevistada disse o seguinte:

Por que eu até então me considerava mulher sabe? Não tinha problema nenhum aí ela me passou um exame pra mim fazer aí eu já coloquei ele (marido) na frente achando que o problema estava nele. Mas não, o problema estava comigo. Então, né? Assim, é meio desagradável né? Mas, fazer o quê? Tem que encarar né? Vê o que se pode fazer. Se tiver alguma solução né? Que eu acredito que tenha. (Juberlandia, 31 anos, mora em Asa Branca - PB).

Como já apontado por Swain (2007: 220), “o desejo de ter filhos biológicos continua a compor o quadro de um feminino perfeito”. Ou seja, a feminilidade só se realiza quando se realiza a maternidade. É neste sentido que Juberlandia (31 anos) diz ser mulher, entendendo a maternidade como algo da natureza do feminino, em que não haveria falhas. Neste contexto, a construção social da ideia de ser mãe é tão forte em nossa sociedade que a mulher sente como se não pudesse ser diferente. Ou seja, há uma determinação social/natural que garante que o ser feminino tem que ter filhos, e isto não poderia acontecer de outra forma.

Outra entrevistada também tem esta noção, pois, quando questionada acerca de quem não podia ter filhos (ela ou seu marido), havia a plena consciência de que seria uma possibilidade o “problema” estar no esposo e não

nela. E dizia da seguinte forma: “na minha cidade, dois casos eram dos esposos que não tinha produção de espermatozoide” (ROSEMARY, 28 anos, mora em Itapororoca - PB).

Rosemary e Juberlandia são vistas como um caso a parte, pois na maioria das vezes a primeira a procurar ver as causas da não gravidez é a mulher, por entender que o problema é dela. Neste sentido, quando não há nenhum impedimento em relação a mulher, o homem vai em busca do serviço para investigar se o “problema” está com ele.

Como no caso do marido de Rosemary que fez exames para detectar se havia problemas que o impedissem de engravidar, mas acabou não mostrando a nenhum médico, ou não indo a fundo na investigação das causas das dificuldades de ter filhos.

A questão da infertilidade está muito ligada à intimidade destes casais, e principalmente dos homens, que confundem a infertilidade com impotência e consequentemente com questões de virilidade, talvez como forma de resguardo desta virilidade que garante a masculinidade destes homens. Isto talvez explique porque muitas vezes são as mulheres que buscam os serviços a fim de investigar as causas de não poderem ter filhos. E quando descobrem que não há nada de errado com elas, aí sim seus parceiros vão investigar se o “problema” não é com eles.

Apesar de Rosemary estar tentando ver a possibilidade de tratamento, e de ter o desejo de ter filhos, aponta que o nascimento de um filho agora não seria muito bom, em razão de seu tempo ser muito “corrido”. Pois, além de morar em Itapororoca, local onde trabalha em dois expedientes, também estuda na cidade vizinha (Mamanguape). Foi à procura de atendimento apenas porque surgiu a oportunidade da consulta e porque o Campus do Litoral Norte estava em greve. Segundo Rosemary, alguém conseguiu esta consulta para ela em um momento oportuno.

Isto demonstra que as mulheres têm um projeto de ter filhos, mas os querem apenas em momentos oportunos, quando sua situação financeira já está estável. Por esta razão muitas delas acabam adiando o projeto de ter filhos e quando procuram tê-los descobrem que existem impedimentos para a realização da tão sonhada/idealizada maternidade.

Outro ponto a ser abordado diz respeito aos Itinerários Terapêuticos das mulheres que foram entrevistadas no HULW. O Hospital Universitário Lauro Wanderley é um hospital que tem um serviço público, mas possui grande demanda por atendimento. Ou seja, apesar de disponibilizar um serviço público não está acessível a todos, neste sentido, quem procura por atendimento no tem que enfrentar uma longa fila de espera. Isto se deve talvez ao fato de tratar-se de um serviço que é referencia no estado.

As dificuldades de acesso encontradas por estas usuárias vão desde a marcação de consultas até o transporte que as conduzirá a João Pessoa. Pelo que pôde ser observado (como já dito anteriormente), uma grande parte das mulheres que está à procura dos serviços do HULW são provenientes de outras cidades e tem que se deslocar muito cedo para poderem conseguir atendimento. É o caso de Juberlândia que mora em Asa Branca e tem que sair de casa de 1 hora da madrugada para chegar aqui às 5 horas da manhã. A maior parte das mulheres que vem do interior utiliza o transporte da prefeitura, e por isso conseguem apenas uma vaga (a sua), e ainda assim precisam esperar para que esta vaga no transporte surja (como já dito anteriormente).

Outra dificuldade destas mulheres diz respeito a marcar consultas, a exemplo de Rosemary, que veio para a primeira consulta no mês de janeiro, já com alguns exames que havia realizado em sua cidade. Mas o médico pediu mais exames, e pediu ainda que estes fossem realizados na cidade de João Pessoa, porque os exames feitos em sua cidade não eram tão confiáveis, sendo que a segunda consulta só foi marcada para o mês de agosto. Isto se deve a demanda por atendimento existente no HULW. Algumas mulheres até conseguem “dar um jeitinho” para conseguir atendimento utilizando estratégias como, por exemplo, falar com alguém que trabalha no HULW.. Ou seja, as mulheres conseguem consultas por conhecerem pessoas que trabalham no HULW e que marcam estas consultas ou conseguem facilitar sua ida ao HULW.

Algo também interessante que pôde ser percebido é com relação ao papel desempenhado pelos familiares destas mulheres. Segundo elas, quando descobrem a impossibilidade de ter filhos, seus familiares dão total apoio para a realização do tratamento, e isto elas consideram de grande importância para que continuem tanto a investigação quanto o tratamento. Pois, em todos os

casos, se num primeiro momento havia uma “pressão social” para que os casais tivessem filhos, quando se descobre que não é porque estão evitando tê-los e sim porque estão encontrando dificuldades, há o apoio por parte de seus familiares. É o caso de Juberlândia, que afirma ter sido:

Um pouco desagradável quando eu soube que tinha dificuldade, então fiquei nervosa, fiquei chateada. A gente não tem como culpar ninguém né. Mais assim, é uma situação que abala a família inteira. Porque de repente você descobre que tem um problema e esse problema e esse problema vai trazer um monte de complicação. Já começa pelos exames. Que a gente começa a gastar e assim a gente tem reunir a família pra ajudar. É bem complicado mas a família graças a Deus é bem unida, me deram forças, estão me incentivando até que...quando eu vim de janeiro pra cá e não consegui ficha eu estava pensando em desistir dizendo que não iria mais vir e eles me incentivando dizendo que eu não podia desistir de jeito nenhum que podia ser pior. Então, estão me dando forças graças a Deus. Vim sozinha né? Porque transporte de prefeitura ainda dá sorte quando tem uma vaga, então [...](Juberlândia, 32 anos).

Quando questionadas acerca da adoção, algumas acreditam ser uma possibilidade caso não consigam engravidar. Mas nem todos os casais pensam desta forma, como é o exemplo do esposo de Ednelma (32 anos). Neste sentido, ela disse que: “*Já pensei em adotar, mas o meu marido não quer por que ele pensa assim né? Vai vir com o jeito da mãe e do pai verdadeiro né? Eu acho assim depende da criação mais ele num acha assim não*”.

A questão apontada neste caso permeia o imaginário de algumas pessoas que acreditam que, ao adotar uma criança, ela traga consigo toda a personalidade de seus pais biológicos, é como se a personalidade viesse através do sangue e desta forma não sabem as procedências de seus pais. Por este motivo muitos casais optam pela Reprodução Assistida, tendo em vista que os filhos serão de seu próprio sangue, o que não aconteceria no caso da adoção.

A partir do momento em que as dificuldades para ter filhos são encontradas, percebem-se mudanças, como é o caso de Juberlândia que afirma:

Assim, sendo bem sincera muda, muda muita coisa. Você para pra observar melhor seu corpo. Porque enquanto você não sabe que tem um problema tudo tá perfeito né? Num tem nada errado, aí quando você sabe que tem um problema aí você procura dar mais atenção as coisas que você vai encontrando pela frente (Juberlândia, 31 anos).

Deste modo, o que antes não era percebido por estas mulheres passa a ser observado como sendo o seu próprio corpo, e a partir da descoberta do “problema” outros aspectos passam a ser levados em consideração.

Algo que ficou evidente tanto através das entrevistas como de conversas informais foi que as mulheres não vão aos HULW à procura por Novas Tecnologias Reprodutivas e sim à procura de tratamento para um “problema” que as está impedindo de engravidar. Sendo assim, das mulheres entrevistadas, apenas a metade conhece a Reprodução Assistida. Uma delas falou que sabe que no HULW tem a chamada inseminação artificial e que se não conseguir engravidar, mesmo tendo plena certeza de que conseguirá, vai recorrer a tais técnicas.

Outras apenas tinham conhecimentos sobre as técnicas, mas não as enxergavam como uma oportunidade para ter filhos. Isto se deve talvez ao fato de estas técnicas estarem distantes delas, que não as pensam como uma possibilidade para ter filhos; é algo que existe, mas que não faz parte de seu horizonte social. Outra tinha o conhecimento apenas da chamada barriga de aluguel e me explicou dizendo como poderia ser feito: tinha em vista sua irmã ou sua mãe que mesmo sendo “ligada” poderia receber o espermatozoide de seu marido para poder gerar filhos.

A análise dos itinerários terapêuticos dessas mulheres revelou que a busca por um filho faz parte da “pressão social” para ter filhos e, mais ainda, que o desejo por filhos é um desejo social, que foi construído socialmente, e que as mulheres vão se submeter à medicalização para dar conta da realização deste desejo. Ou ainda, algumas dessas mulheres afirmaram que este era não só um sonho dela, mas do marido.

A reversão da laqueadura é bastante procurada por mulheres que, em algum momento, optaram ou não por este procedimento como um método contraceptivo, mas agora querem ter mais filhos. Isto revela que mesmo que elas tenham feito a laqueadura em um determinado momento, ela não foi um desejo apenas dela, mas também do seu parceiro, da própria sociedade que diz que ela já tem filhos demais, ou ainda, do Estado.

Embora o Estado diga que há um planejamento familiar, percebemos que há sim um planejamento, mas que é centrado apenas no corpo da mulher, tendo em vista que tal planejamento não abarca a saúde do homem. O Estado é quem tem o interesse em que essas mulheres façam a laqueadura ou que não tenham mais filhos. Visto que pobre tem muitos filhos, as políticas de planejamento familiar estão centradas no controle da prole/natalidade.

Vale ressaltar que, conforme apontado anteriormente, a partir da teoria neomalthusiana, pobre tem muito filho, pobre não tem “problema” para ter filhos. Como pôde ser observado quando fui a uma Unidade de Saúde da Família, em que a enfermeira disse que eu não iria encontrar muitos casos de mulheres querendo engravidar e sim o contrário. Ou seja, os próprios agentes de saúde que oferecem assistência à saúde dessas mulheres concordam com essa lógica de que pobre não precisa ter mais filhos, por que já os tem em demasia.

4 Considerações Finais

A procura por Novas Tecnologias Reprodutivas mostra uma nova conotação da escolha da maternidade, da paternidade, ou da parentalidade: “a esterilidade (por vezes causada pela esterilização precoce) pode ser resolvida pela medicina e isto requer um longo processo, acarretando escolha reflexiva” (SCAVONE, 2004: 184).

Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas é um tema que venho estudando desde a graduação em Ciências Sociais, e trata-se de um tema bastante vasto, que considero bem interessante para ser objeto de estudos nas Ciências Sociais. Não só pela vastidão do campo, mas porque nos faz pensar em diversos aspectos sociais nele implicados e como se apresentam em nossa sociedade. Tema este que foi pesquisado durante o mestrado.

Desde uma primeira aproximação com o tema tive a certeza de que tais questões eram muito interessantes para se estudar, em razão das especificidades do tema, considerando que tais técnicas mexem com questões relacionadas à masculinidade, à virilidade, à feminilidade, à moral, ao segredo, ao anonimato, à intimidade, ao sigilo.

Em nossa sociedade, é evidente a “pressão social” para ter filho, algo que é visto como natural. Vale ressaltar que essa “pressão social” vem de diversas esferas sociais, como a família, os vizinhos, amigos e muitas vezes o próprio cônjuge. Sendo que, na maioria das vezes, a infertilidade é atribuída às mulheres. Esse talvez seja o motivo pelo qual muitas delas irão investigar as causas da infertilidade primeiro, antes que o seu cônjuge.

Abordamos aqui a discussão que o movimento feminista faz acerca de tais técnicas, movimento que, através de sua luta, conseguiu barganhar direitos para as mulheres. Pois, como foi visto até aqui, o corpo feminino desde sempre tem sido alvo de controle por parte não só da sociedade, mas também da medicina, campo em que observamos o poder do médico sobre seus corpos. Trata-se de uma discussão que não começou agora, e que vem sendo, desde há muito tempo, bandeira de luta do movimento feminino: a liberdade da mulher para decidir sobre o que fazer com seu próprio corpo.

As Novas Tecnologias Reprodutivas contraceptivas e conceptivas são um exemplo claro de como a biomedicina vem se apropriando dos corpos (principalmente do corpo feminino). Se num certo momento o movimento feminista considerou tais técnicas como um avanço, pôde perceber logo depois que tais procedimentos trariam alguns danos a vida das mulheres. Enxergamos as Novas tecnologias Reprodutivas como um avanço, sim, e que possibilitou que as mulheres pudessem escolher pela maternidade ou não.

As Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas vão surgir como uma “luz no fim do túnel”, conforme aponta Nascimento (2009), para resolver o que até então era um problema, a infertilidade. Tornando-se uma esperança para casais que pensavam não haver mais nenhuma alternativa para poder realizar o “sonho de ter filhos”. Mas o que acaba acontecendo é que após essa “luz no fim do túnel”, o caminho não parece mais ser tão fácil como se pensava, pois essas técnicas não são acessíveis a todos os casais, mas somente àqueles que podem pagar. O valor a ser pago é considerável, e dificulta que casais de baixa renda acessem os tratamentos, mesmo que eles sejam oferecidos pelo SUS. Tal encarecimento se explica pelos gastos com medicamentos para a estimulação ovariana.

Neste trabalho, discutimos acerca dos Itinerários Terapêuticos/caminhos percorrido pelos casais na busca por filhos. Através da pesquisa, pudemos perceber que além da infertilidade ser atribuída à mulher, em um primeiro momento, e à mulher que é atribuída a responsabilidade pelo processo reprodutivo. Sendo assim, o homem surge apenas como o provedor. Isto talvez explique a ausência de homens no momento do planejamento familiar (atendimento).

Fica perceptível ainda, que os Itinerários Terapêuticos dessas mulheres têm início quando elas decidem ter um filho, tendo em vista que foi algo adiado por não ainda ser o momento, e quando essas mulheres decidem ter filhos descobrem que possuem limitações por questões relacionadas à sua saúde.

Num segundo momento, os casais vão passar pelos consultórios médicos em busca das causas pelas quais não estão conseguindo engravidar. E se antes havia uma “pressão social” para ter filhos, nesse momento, os casais vão contar com o apoio da família para lidar com as investigações. Seus familiares são os responsáveis por dar apoio social, psicológico e financeiro.

Num terceiro momentos, os casais vão investigar as causas da não gravidez, momento em que são solicitados vários exames e logo após o tratamento é indicado pelo médico.

Vale ressaltar que os casais enfrentam dificuldades de várias ordem para dar conta desse desejo por filhos, uma delas é a de acessar o atendimento, dificuldade que, como dito anteriormente, se deve a fatores relacionados à oferta dos serviços e a demanda por atendimento no HULW. Pois, como foi evidenciado, muitas mulheres vem de cidades do interior do estado etêm dificuldades econômicas, ainda que o transporte seja disponibilizado pelas prefeituras. No momento da realização dos exames, essas mulheres enfrentam ainda outras dificuldades, uma vez que nem sempre em suas cidades existem clínicas que realizem tais exames.

Através da pesquisa realizada no Hospital Universitário Lauro Wanderley, foi possível notar que apenas parte das mulheres tem conhecimento sobre estas técnicas, e que tais procedimentos estão muito distantes de suas realidades sociais. Ficou claro ainda que os casais não estão buscando por Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas. Eles estão buscando ter filhos, e isto pode ser explicado pela falta de informações sobre tais técnicas ou porque as técnicas de RA não são para os pobres. De todo modo, a procura por “tratamento” se inicia não por procedimentos de reprodução assistida e sim para resolver um “problema” que está impedindo a mulher de realizar o sonho de ser mãe. Isto denota que não há uma preocupação por parte de nosso estado com a saúde reprodutiva conceptiva. Quando há uma preocupação com a saúde reprodutiva, diz respeito apenas aos aspectos materno-infantil e/ou ao controle de natalidade. Neste sentido, as políticas de controle de natalidade são acessíveis a todas as mulheres, o que não acontece quando se tem por objetivo conceber filhos. Isto mostra que os direitos reprodutivos vem sendo acessados através apenas um viés, qual seja, o do controle.

Remetemo-nos, então, à teoria neomalthusiana, que afirma que pobre tem muitos filhos, e isto passa a ser confirmado através dessas políticas de planejamento familiar que visam apenas a contracepção. Aspecto nitidamente presente na seguinte fala: “Aqui você não vai encontrar casais que não consigam ter filhos, porque o problema deles é outro”. Esta frase foi dita por

uma agente se saúde em um USF (Unidade de Saúde da Família), reforçando a tese de que não há de fato uma preocupação com a concepção.

Referencias Bibliográficas

ABDELMASSIH R. Avanços da Reprodução Humana. São Paulo, Atheneu; 2007.

ARILHA M. Saúde reprodutiva e grupos sociais In: Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. GIFFIN K., COSTA SH orgs. Questões da saúde reprodutiva [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

BASTOS ACS, VELAME ZLS, FRANCO ALS, TEIXEIRA AE. Saúde: um dever do Estado ou um assunto de família? Análise da experiência de famílias de um bairro popular junto ao sistema de Saúde. Rev Bras Crescimento Desenvol Hum. 2006; 16(2):01-15. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v16n2/02.pdf>.

BARBOSA R. Desejo de filhos e infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências, Letras e Humanidades, Depto de Sociologia; 1999.

BARBOSA R. Relações de gênero, infertilidade e Novas Tecnologias Reprodutivas. Est Fem. 2000; 8(1): 212-228. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/ref/v08n01/v08n01a16.pdf>.

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.

ARAÚJO LFS, BELLATO R, HILLER M orgs. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: NETO JSM, SCHRADER, FT orgs. Curso de desenvolvimento gerencial do SUS: Coletânea de textos. Cuiabá: EdUFMT; 2011. p. 101-111. Disponível em: <http://200.129.241.70/isc/sistema/arquivos/14101102534253.pdf>.

CABRAL ALLV, MARTINEZ-HEMAEZ A, ANDRADE EIG, CHERCHIGLIA ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva 2011; 16(11):4433-4442. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>.

CAMARGO JR., KR. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. PHYSIS, Rio de Janeiro, 2007;17(1):63-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a05.pdf>.

COSTA RG. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. Ver Estud Fem, july/dec 2002;10(2):339-356. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14961>.

FERREIRA J, SANTO WE. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de

Manguinhos. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012;22(1):179-198. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a10.pdf>.

GERHARDT, TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, nov 2006; 22(11):2449-2463. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>.

LUNA N. Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

_____. Natureza humana criada em laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. HistCienSaude – Manguinhos, maio-ago 2005;12(2):395-417.. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200009.

MÂNGIA EF, MURAMOTO MT. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. Rev Ter OcupUniv São Paulo, set/dez 2008;19(3):176-82. Disponível em: <http://revistas.usp.br/rto/article/view/14045>.

MERINO MFGL, MARCON SS. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. RevBrasEnferm nov-dez 2007;60(6):651-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/06.pdf>.

NASCIMENTO P. Reprodução, desigualdade e políticas públicas de saúde: uma etnografia da construção do “desejo de filhos”. [tese] – Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2009.

NETO OC. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, CS org. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.

NUNES A, SANTOS JRS, BARATA RB, VIANA SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medindo_desigual.pdf.

OLIVEIRA RC. O trabalho antropológico. Brasília: Paralelo 15, São Paulo: Unesp; 1998

OLMOS PE. Quando a cegonha não vem: os recursos da medicina moderna para vencer a infertilidade. São Paulo: Carrenho; 2003

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10. Classificação das doenças em português. 8 ed. São Paulo: Edusp; 2000.

PEIRANO M. A favor da etnografia. Rio de Janeiro: Relume- Dumará; 1995.

PEREIRA ACJ, REIS SF. Gênero E Direitos Reprodutivos Nas Políticas Públicas. Faz Gen 9, Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. 23 a 26 de agosto de 2010 Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278293474_ARQUIVO_FG_anasarah_2010_final.pdf.

RAMÍREZ-GÁLVEZ MC. Fertilização tecnológica dos nossos corpos. In: FERREIRA V, ÁVILA MB, PORTELLA AP orgs. Feminismos e Novas Tecnologias Reprodutivas. SOS CORPO. Instituto Feminista para Democracia; 2006. Disponível em: http://br.boell.org/sites/default/files/novas_tecnologias_reprodutivas_-_publicacao.pdf.

_____. Fabricando bebês, vendendo ilusões. In: FONSECA C, ROHDEN F, MACHADO PS orgs. Ciências na vida: antropologia da ciência em perspectiva. São Paulo: Terceiro Nome; 2012.

_____. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro [tese] - Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 2003. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000306020&fd=y>.

_____. Corpos fragmentados e domesticados na reprodução assistida. Cad Pagu jul-dec 2009;(33):85-115. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n33/04.pdf>.

SANTOS MFO. Injeção intracitoplasmática de espermatozoides: questões éticas e legais. RevBras Saúde MaternInfant, Recife, dez 2010;10(Supl. 2):S289-S296. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/05.pdf>.

SCAVONE L. Novas Tecnologias Conceptivas: teorias e políticas feministas. In: FERREIRA V, ÁVILA MB, PORTELLA AP orgs. Feminismos e Novas Tecnologias Reprodutivas. SOS CORPO, Instituto Feminista para Democracia; 2006.

_____. Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais. São Paulo: Ed Unesp; 2004.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Compêndio Básico. Fevereiro de 2009

STRATERN M. Necessidades de pais, necessidades de mães. Est Fem, 1995; 3(2): 303-329. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16443>.

SWAIN TN. Meu corpo é um útero? Reflexões sobre a procriação e a maternidade. In: STEVENS C. Maternidade e feminismo: diálogos

interdisciplinares. Florianópolis: Ed. Mulheres, Santa Cruz do Sul: Edunisc; 2007.

TRAVASSOS C, MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad saúde publ, Rio de Janeiro, 2004;20(Sup 2):S190-S198. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>.

NUNES A, SANTOS JRS, BARATA RB, VIANA SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001
Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medindo_desigual.pdf.

Apêndice

Roteiro de Entrevistas

1. Dados de identificação (nome, idade, profissão)?
2. Quando você decidiu ter um filho?
3. Você acha um problema se o casal não tem filhos nos primeiros anos?
4. O que significa ter um filho pra você?
5. Conhece pessoas que encontram dificuldades para ter filhos?
6. Quando vocês descobriram que tinham dificuldades para engravidar?
7. Qual foi o problema (fertilidade dele/dela)?
8. Quais foram as mudanças que aconteceram na vida de vocês depois dessa descoberta?
9. Como você chegou aos serviços do HU?
10. Seu marido onde está porque não veio?
11. Como foi que vocês decidiram procurar tratamento médico? Quem participou dessa decisão?
12. Quais seriam as alternativas para ter um filho, caso vocês não tivessem acesso a esse serviço?
13. Você sabe qual é o tipo de tratamento que você vai fazer?
14. Quais são suas expectativas quanto ao tratamento/o que você espera do tratamento?
15. Como foi para sua família saber que vocês tinham dificuldades em ter filhos?
16. Quando vocês descobriram que tinham problemas de fertilidade? Quais foram as mudanças que aconteceram na vida de vocês depois dessa descoberta?
17. Como foi que vocês decidiram procurar tratamento médico? Quem participou dessa decisão?
18. Quais foram os maiores desafios encontrados na busca pelo serviço de saúde?

19. Quais seriam as alternativas para ter um filho, caso vocês não tivessem acesso a esse serviço?
20. Já ouviu falar em Reprodução Assistida?
21. O que você sabe sobre Reprodução Assistida?