



NAS ENTRELINHAS DO NÃO SER “UMA MEIA MULHER COMPLETA”: MEDICALIZAÇÃO DO CORPO E “JOGOS DE VERDADE” RELATIVOS À REPRODUÇÃO NOS DISCURSOS EM TORNO DA FERTILIZAÇÃO IN VITRO – FIV

Sheila Bezerra¹

A técnica de Fertilização in Vitro – FIV, esta Nova Tecnologia Reprodutiva Conceptiva – NTRc cujo fim absoluto pode ser caracterizado pela produção de um bebê por meio da medicalização dos corpos femininos, tem se afigurado como elemento potencialmente problematizador da tríade² corpo, sexualidade e reprodução, quanto também, e conseqüentemente, das questões relativas à autonomia sexual e reprodutiva das mulheres, por promover o que Engeli (2009, p.203) denomina “desordem na ordem reprodutiva”.

Mais que explicitar um novo cenário reprodutivo no qual o quadro normativo tradicional da reprodução - qual seja, gravidez por ato sexual e não interrupção por escolha - é profundamente alterado, a técnica de FIV também encerra em si outra relação, não menos importante do ponto de vista político e analítico, caracterizada pela relação mulheres, medicina e reprodução.

O cenário que propicia o desmantelamento da “ordem” reprodutiva (e também sexual) vigente, provocado pelas NTRc, se caracteriza pela intervenção médica nos corpos das mulheres para além das questões relativas à contracepção, gravidez e parto (ABOTT *et al* 2005, p. 185), permitindo, por exemplo, que, entre outras coisas, o processo de reprodução prescindia de relação (hetero) sexual.

Nessa nova configuração, diferentes fronteiras entre o que é natural/biológico e o que é social na concepção, gravidez, parto, possibilitam não só uma desestabilização nas categorias hegemônicas de parentesco (COSTA, 2003; CUSSINS, 1998; DINIZ, 2002; LUNA, 2007) como também maior adequação da vida reprodutiva ao novo ritmo de vida das mulheres - quando estas, em alguns casos, têm adiado, mas não desistido do projeto da maternidade biológica.

Uma vez que as NTRc, entre outras coisas, permitem às mulheres a utilização de óvulos e sêmens doados ou, ainda, que “confiem a gravidez a outra mulher” (ENGELI, 2009, p.203), estas

¹ Doutoranda em sociologia PPGS/UFPE. mms.sheila@gmail.com.

²Referência à expressão explicitada em Portella (2001, p.75).



têm sido compreendidas por alguns segmentos sociais, a exemplo da corrente feminista liberal, como recurso que tem ampliado a esfera dos direitos reprodutivos.

Apesar da legitimidade do argumento relativo à autonomia das mulheres e da ressignificação da presença masculina no processo reprodutivo, o deslocamento do ato de fecundação do mundo privado para o mundo público, institucional e capitalizado dos hospitais e laboratórios, tem suscitado muitas questões acerca das condições nas quais tais tecnologias estão sendo utilizadas e sobre as formas de relação que estão e serão associadas a essas práticas (NOVAES, S.; LABORIE, F., 1996; LABORIE, 2009).

Exemplo do que foi dito no parágrafo anterior é a pretensa possibilidade de desnaturalizar a idade reprodutiva pela técnica de FIV que, em princípio, favoreceria a autonomia das mulheres ao permitir a priorização de outros projetos de vida, (como a carreira profissional, por exemplo), em detrimento do projeto da maternidade.

A controvérsia está em que as taxas de sucesso do procedimento de FIV ainda se encontram atreladas à idade reprodutiva, como é possível constatar através dos dados disponibilizados pela Red Latinoamericana de Reproduccion Asistida: nas mulheres com menos de 35 anos, a taxa de chances de uma gravidez seria de 35,5%; naquelas com idade entre 35 e 39, ou mais de 40, as taxas seriam respectivamente de 29,5% e 18,4%.³

É importante destacar aqui, fazendo uma ponte entre algumas das causas da mortalidade materna com o que hoje tem sido problemático do ponto de vista da relação da ciência médica com a lógica de mercado (e mais explícita e especificamente presente nos processos de FIV) que a idade em seus extremos (menos de 15 anos e mais de 35 anos) se apresenta como fator que põe em risco as vidas das mulheres (BRASIL, 2007, p.10; BRASIL, 2001, p.06) e põe em xeque a naturalização do uso das NTRc em mulheres com idade avançada como tem comumente acontecido. Some-se a isso, o fato de que com as NTRc, a chance de uma gravidez múltipla é de 25%, e este tipo de gravidez por si só já seria fator de risco quando da maternidade. (ESHRE, 2003, p. 455).

A informação destacada anteriormente, de que o sucesso da FIV estaria atrelado ao “relógio biológico” das mulheres, problematiza não só a promessa da desnaturalização da idade reprodutiva por parte da técnica de FIV, como também as concepções de responsabilidade profissional e autonomia do paciente diante da relação risco-benefício que, embora não difiram fundamentalmente daquelas que se colocam em uma situação terapêutica tradicional, ganham maior proporção quando

³ (Dados da Red Latinoamericana de Reproduccion Asistida. *Formulários de Educacion y consentimiento em procedimientos de Reproduccion Asistida*. [<http://www.redlara.com/publicacoes.asp>] Acesso em 01/12/2009)



se leva em consideração que a “infertilidade não é uma doença fatal, nem concepção assistida é o tratamento para a infertilidade” (BATEMAN, 2002, p.325).

A técnica de FIV tem sido questionada como direito a ser acessado por mulheres de todas as classes sociais, raças e orientações sexuais⁴ por, pelo menos, três considerações bioéticas (para além daquelas suscitadas em torno do embrião como normalmente tem acontecido - destino do embrião, redução embrionária, eugenia, etc.). Uma primeira consideração seria o fato de que se trata de recurso experimental, cujos resultados são incertos e os efeitos ao longo prazo desconhecidos⁵; segundo, por ser um procedimento complexo em que os “óvulos são obtidos pela invasão dos corpos das mulheres através de altas doses de vários hormônios” inclusive resultados de engenharia genética⁶ (REIS, 2006, p. 83); e, por último, por ser uma técnica de alto custo financeiro.

A terceira consideração referida se configura enquanto questão ética, na medida em que o destino dos recursos financeiros é problematizado em relação às prioridades do Estado⁷. Exemplo disso está em que o procedimento de FIV tem variado de 10 a 20 mil reais (aproximadamente de 19 a 39 salários mínimos), significando altos custos que poderiam, segundo argumentos presentes no

⁴ Não há informações sistematizadas sobre os perfis de mulheres que têm buscado as NTRc, muito menos com um recorte racial ou orientação sexual. No que diz respeito à variável “cor”, há sub-notificação na maioria dos sistemas de informação da área de Saúde, o que tem dificultado análises mais consistentes sobre a saúde da mulher negra no Brasil. No entanto, a partir do cruzamento de informações, que explicitam a realidade de maior vulnerabilidade das mulheres negras pela dificuldade de acesso aos serviços sociais básicos e serviços de saúde (Brasil, 2007; REDESAUDE, 2003), bem como da informação de que em muitos países em desenvolvimento, a infertilidade é resultado de infecção de trato genital, no qual se incluem infecções sexualmente transmissíveis, infecções do pós-parto e decorrentes de aborto entre outros, é possível dizer que as mulheres negras, por se encontrarem num lugar de maior vulnerabilidade, são fortes candidatas ao uso das NTRc.

⁵ Embora não haja consenso entre especialistas sobre o tratamento de FIV como fator deflagrador de câncer (relatório ESHRE (2003)), essa possibilidade não tem sido descartada. Pelo contrário, no caso explicitado por O’Keef - *IVF and Cancer: A personal experience*, haveria uma relação direta entre a doença e os procedimentos de estimulação hormonal.

⁶De acordo com Leopoldo de Oliveira Tso, Pós-graduando do setor de Reprodução Humana do Departamento de Ginecologia da UNIFESP/EPM; Médico do Projeto BETA – Medicina Reprodutiva com Responsabilidade Social, “A grande demanda mundial pela gonadotrofina altamente purificada dificultou sua disponibilidade. Cerca de 30 milhões de litros de urina por ano eram necessários para atender à produção. Por isso, surgiu a tecnologia de DNA recombinante com capacidade de produzir gonadotrofina de alta pureza, excelente eficácia e praticamente com o mesmo custo da gonadotrofina urinária. O FSH recombinante (FSHr) é produzido a partir de cultura de células de ovário de hamster e tem alta atividade específica e pureza (10000UI/mg). Apesar da gonadotrofina como indutor da ovulação ter passado por grandes avanços, o medicamento mais utilizado em todo o mundo com esta finalidade ainda é o citrato de clomifeno (CC). Seu uso clínico com o propósito de induzir a ovulação teve início na década de 60 com o trabalho do Dr. Greenblatt et al. (1961). Site: http://www.arquivoshellis.com.br/revista/03_020307/03_revista_020307_reproducao_humana_01.asp [acesso em 20/09/2009]

⁷ A partir do relatório da OMS, a maioria das pessoas que sofrem com infertilidade vive em países em desenvolvimento, onde serviços de infertilidade em geral, e TRA em particular, não são acessíveis. Há pelo menos dois tipos de críticas relativas à acessibilidade a tais serviços nos países em desenvolvimento: nesses países a alta fertilidade seria um problema maior que a baixa fertilidade e, segundo, que TRA é um procedimento caro, e diante dos recursos limitados de tais países, outras necessidades mais urgentes seriam prioridade. ABDALLAH S. DAAR, ZARA MERALI. *Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries*, 2002, 15.



relatório da OMS, ser destinados às demandas emergenciais do Estado, a exemplo da redução da mortalidade materna⁸, que ainda fazem parte da realidade de países em desenvolvimento.

As questões assinaladas até aqui têm reforçado as críticas introduzidas pela corrente feminista radical aos mecanismos de disciplinamento do corpo feminino investidos pelo capitalismo, pelo patriarcado, pelo poder médico e, pela Igreja católica, esta que, embora oficialmente desfavorável às NTRc, tem reforçado valores relativos à família e ao corpo das mulheres como naturalmente reprodutor, bem como se apresentado como “um dos interlocutores sociais mais visíveis do campo discursivo sobre a medicina de reprodução humana” (LUNA, 2002, p. 57).

Segundo a corrente feminista radical, a partir de práticas disciplinares, as biotecnologias reprodutivas a exemplo da FIV tenderiam a consolidar a função reprodutiva da mulher e funcionariam como mecanismos de pressão sobre as expectativas sociais da maternidade, enfatizando o papel tradicional da mulher como mãe e resgatando valores que remontam ao determinismo biológico (STOLCKE, 1988, TUBERT, 1996).

No entanto, a posição das feministas, tem sido contestada por autores como Niklas Rose, segundo o qual, o argumento de que estamos diante de um novo determinismo biológico ou genético é uma visão pessimista de um momento que, segundo ele, visibiliza a emergência de uma nova ética da cidadania biológica e responsabilidade genética, em que “nossa individualidade corporal e neuroquímica, estaria aberta à escolha, à prudência, responsabilidade, à experimentação, à contestação”. (ROSE, 2007, p. 8).

É por todas as controvérsias em torno do tema, e a partir das problematizações empreendidas no seio do movimento feminista corroboradas pela corrente de inspiração feminista da bioética, que os discursos em torno da FIV - referente empírico deste projeto - têm sido entendidos como aqueles, a partir dos quais, melhor se identifiquem os percursos, movimentos, contradições e respostas presentes na atitude das mulheres que recorrem às NTRc. Afinal, se por um lado “o avanço da ciência permitiu que as mulheres férteis pudessem evitar a concepção e permite agora que mulheres

⁸ No Brasil, por exemplo, estima-se que ocorram 260 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. De acordo com a Comissão Parlamentar de Inquérito (PCI) sobre Mortalidade Materna, “98% dos casos de morte são evitáveis, ou seja, mortes que poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem acesso a serviços de atenção à saúde durante a gravidez, parto e puerpério e as taxas não têm diminuído nos últimos quinze anos, apesar da posição econômica ocupada pelo país no cenário mundial” As taxas de mortalidade materna são expressas para cada 100.000 nascidos vivos. A OMS costumava qualificar as taxas de mortalidade materna como *Baixa*: até 20/100.000 nascidos vivos; *Média*, de 20 a 49/100.000; *Alta*, de 50 a 149/100.000 e *Muito Alta*, mais que 150/100.000. O número real de mortes e nascimentos são, em geral, sub-notificados. Dados obtidos a partir do Relatório Alternativo de Monitoramento sobre a Situação da Mortalidade Materna no Brasil. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais [http://www.ipas.org.br/biblioteca.html] acesso em 01/12/2009.



inférteis possam ser mães” (ROTANIA, 2001, p. 374), por outro lado, a própria autonomia que subjaz as discussões em torno dos direitos sexuais e reprodutivos, passa a ser questionada quando da consideração das relações de poder e dos jogos de verdade subjacentes à medicalização dos corpos com fins de reprodução.

O problema seria fundamentalmente, como as mulheres que recorrem à FIV se constituem enquanto sujeito moral e político na conduta reprodutiva, num contexto caracterizado pela articulação crescente entre ciência médica e estado em torno da medicalização dos corpos femininos com fins de reprodução e para além das explícitas ambigüidades no campo da ação política protagonizadas pelo movimento feminista.

Bibliografia

ABDALLAH S. DAAR, ZARA MERALI. Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries. In: *Current practices and controversies in assisted reproduction*. Geneva, World Health Organization, 2002.

ABOTT, P., WALLACE, C., TYLER, M. *An introduction to Sociology. Feminist Perspectives*. Londres, Routledge, 2005.

BATEMAN, Simone. When reproductive freedom encounters medical responsibility: changing conceptions of reproductive choice. In: *Current practices and controversies in assisted reproduction*. Geneva, World Health Organization, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res. CNS 196/96 e outras)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Gestante de Alto risco: Assistência hospitalar à gestante de alto risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Manual operacional para comitês de ética em pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

COSTA, Rosely. Tecnologias Reprodutivas e atribuições de paternidade e maternidade. In: *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. In: GROSSI, M., PORTO, R., TAMANINI, M. (orgs.). Brasília: Letras Livres, 2003. (69-77).

CUSSINS, C. M. Quit Sniveling, Cryo-Baby. We'll work out which one's your Mama!. In: DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J.. *Cyborg Babies. From Techno-Sex to Techno-Tots*. Nova York e Londres, Routledge, 1998.

DINIZ, Débora. Introdução. In: *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do Direito Brasileiro*. Brasília: Letras Livres, 2002.



ENGELI, I., *La problématisation de la procréation médicalement assistée en France et en Suisse. Les aléas de la mobilisation féministe*. Revue française de science politique 2009/2, Volume 59, p. 203-219.

ESHRE, European Society of Human Reproduction and Embryology. *Risks and complications in assisted reproduction techniques: report of an ESHRE consensus meeting*. Human Reproduction. Vol. 18, N.º 2, PP. 455-457, 2003.

LABORIE, F. Tecnologias da Reprodução humana. In: HIRATA, H. (org.). Dicionário Crítico do Feminismo. São Paulo: UNESP, 2009.

LUNA, N. *As novas tecnologias reprodutivas e o Estatuto do Embrião: um discurso do magistério da Igreja Católica sobre a natureza*. Antropológicas, ano 6, volume 13(1):57-74(2002).

LUNA, Naara. *Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

NOVAES, S. LABORIE, F. Parents et médecins face à l'embryon : relations de pouvoir et décision, in Feuillet – Le Mintier, Brigitte (Dir). *L'Embryon humain. Approche multidisciplinaire*, Paris, Economica, 1996, p. 185-202.

O'KEEF, Marcia. *IVF and Cancer: A personal experience*. Reproductive and Genetic Engineering: Journal of International Feminist Analysis. 1992, vol.5

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Dossiê Assimetrias Raciais no Brasil: alerta para a elaboração de políticas*. Rede Saúde, 2003. [<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EA%20Assimetrias%20Raciais%20n%20Brasil.pdf>] Acesso em 27/11/2008.

REIS, A.R.G dos. O Ethos em tempos de Bioética: O Site como Tropo. In: FERREIRA, V., ÁVILA, M. B. e PORTELLA, A P.(Orgs.) *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*. Recife: SOS CORPO—Instituto Feminista para a Democracia, 2006

ROSE, N. *The Politics of Life Itself. Biomedicine, power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. New Jersey, Princeton University Press, 2007.

ROTANIA, A. *A celebração do temor. Biotecnologias, Reprodução, Ética e Feminismo*. Rio de Janeiro, E-papers, 2001.

STOLCKE, V. Velhos valores, Novas Tecnologias : quem é o pai?. Anuário Antropológico, 86, Brasília: Universidade de Brasília, Tempo Brasileiro, 1988. pp. 93-114.

TAMANINI, Marlene. Do sexo cronometrado ao casal infértil. In: *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. In: GROSSI, M., PORTO, R., TAMANINI, M. (orgs.). Brasília: Letras Livres, 2003. (123-136).

TUBERT, S. Mulheres sem sombra. Maternidade e Novas Tecnologias Reprodutivas, 1ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1996.