



NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS: BEM-VINDAS REFLEXÕES FEMINISTAS

MARILENA VILLELA CORRÊA

Foi com prazer que recebi o convite da *Revista Estudos Feministas* para apresentar o tema das Novas Tecnologias Reprodutivas (NTRs). Não é simples, contudo, a tarefa implicada naquele convite. À complexidade da problemática em questão soma-se a diversidade dos artigos, acertadamente escolhidos, que se debruçam sobre problemas ligados à difusão social e ao uso dessas tecnologias, a partir de perspectivas marcadamente diferenciadas. Mas antes de abordar os três textos que se seguem devo dizer, ainda que de forma muito sucinta, em que consistem as novas tecnologias reprodutivas e algumas palavras sobre seu surgimento e sua difusão, o que para muitas(os) leitoras(es) poderá constituir uma repetição.

Reprodução assistida é o termo médico que descreve um conjunto heterogêneo de técnicas reunidas em torno de um eixo - o tratamento paliativo para situações de esterilidade -, mas que, como veremos, o ultrapassa. O mesmo conjunto é também designado como **novas tecnologias reprodutivas**, termo encontrado geralmente na literatura de cunho crítico e de análise das relações entre medicina, tecnologia, gênero e corpo, como em estudos sobre mulheres, estudos feministas e outros estudos sociológicos.

Com relação às técnicas procriativas, elas costumam ser divididas em dois grupos, separados em função do ato da fecundação ocorrer **dentro** do corpo da mulher ou **fora** dele. No primeiro caso, encontram-se as técnicas de **inseminação artificial** simples, mais antigas, e no segundo as técnicas de **fertilização in vitro** (Fiv), com suas diversas variantes¹. Faz parte das NTRs a prática da **doação** que pode ser

¹ Na verdade, as técnicas de inseminação artificial podem ocorrer fora da instituição médica; existem relatos de mulheres solteiras ou lésbicas, inseminadas no espaço doméstico, com sêmen de amigos ou

de células reprodutivas (os óvulos e espermatozóides), de embriões e também a “doação” temporária de útero, conhecida ainda por termos como empréstimo, aluguel de útero, mãe substituta, entre outros. Essas técnicas que substituem a relação sexual na reprodução humana envolvem, portanto, a intervenção no ato da fecundação de pelo menos um terceiro sujeito, o **médico**, e às vezes de um quarto, representado pela figura do **doador** de material reprodutivo humano. Finalmente, a **clonagem** de células humanas representa, em tese, uma possibilidade procriativa: nesse caso, a reprodução ocorreria **fora** não apenas do corpo, da relação sexual, mas da própria divisão dos sexos. Ao contrário das outras, esta técnica não foi, entretanto, colocada em disponibilidade no mercado de serviços médicos.

Uma outra forma de focar essas técnicas procriativas é descrevê-las como um conjunto de práticas e técnicas suplementares ou complementares à relação sexual, enquanto forma de geração de novos homens e mulheres que virão a constituir famílias. Nesse enfoque, as técnicas médicas são postas em relação à questão central da reprodução humana que é sua imbricação à reprodução social - ou seja, na reprodução biológica está necessariamente implicada a constituição de famílias, a filiação e sua regulação, a transmissão do nome, a herança simbólica e cultural, pois aquele que nasce será, necessariamente, alocado numa posição socialmente determinada.

As fertilizações *in vitro* constituem também o acesso para pesquisas genéticas com embriões, óvulos e espermatozóides, e para novas formas de práticas médicas, como a **medicina preditiva**, os diagnósticos pré-implantatários, pelos quais se avalia riscos de transmissão de doenças e características humanas, o que amplia o conjunto do que se entende por NTRs. O acesso à pesquisa possibilitado pelo “tratamento” por Fiv faz com que, muitas vezes, quer na prática quer no nível do discurso, tais pesquisas sejam associadas à reprodução assistida, confundidas com ela, sendo de fato pertinente abordá-las de forma associada. A face predominantemente clínica das NTRs pode, entretanto, existir e difundir-se num mercado de serviços médicos de forma relativamente dissociada daquelas pesquisas, como parece acontecer no caso brasileiro.

A fim de situar a interface entre o “tratamento” das infertilidades e aquelas pesquisas é interessante apresentar um resumo, ainda que esquemático, da Fiv descrita como um **ciclo** cujas etapas correspondem ao ciclo reprodutivo humano: fecundidade, concepção, gravidez, parto. Grosso modo, um ciclo de fertilização *in vitro* começa com 1) uma **manipulação hormonal** da mulher que visa o amadurecimento de vários folículos ovarianos; diferente do que se passa normalmente, quando apenas um óvulo fica maduro a cada ciclo de fertilidade da mulher. A hiperestimulação dos ovários visa criar um número grande de óvulos disponíveis, que poderão vir a ser fecundados *in vitro*; forma tecnicamente encontrada de aumentar a performance da Fiv. 2) A segunda fase do ciclo Fiv é a de coleta de folículos ovarianos, também chamada de **punção ovariana**. A partir desta, promove-se 3) o encontro de

conhecidos. As Fivs, por sua vez, tornam-se procedimentos cada vez mais complexos, como pode ser exemplificado por uma de suas últimas variantes, a *ICSI*, na qual uma célula reprodutiva masculina é introduzida diretamente na célula feminina através de técnicas de micromanipulação.

espermatozóides e óvulos *in vitro*: a fecundação (ou concepção, ou fertilização *in vitro*). Finalmente, ocorre a 4) transferência do embrião para o corpo da mulher, após ter sofrido as primeiras divisões celulares (caso não venha a ser congelado antes da transferência). As próximas fases do ciclo Fiv compreendem a produção, ou não, de uma 5) fase de gravidez e, por último, de um 6) nascimento sadio, ou não.

Essa forma comumente encontrada de resumir as diversas etapas da Fiv confere a aparência de uma seqüência de atos bem controlados, constituídos de uma mecânica simples e conhecida. E também de que aquela seqüência entraria automaticamente em funcionamento, desde que acionada a partir de sua fase inicial - da estimulação hormonal, coleta de gametas, passando pela fecundação, até o nascimento. Ela cria a ilusão de um acesso simples e imediato ao bebê, gerado pela demanda de um indivíduo ou de um casal e propiciado pela Fiv, o que está, entretanto, muito longe de acontecer, em função dos fracassos que ocorrem com elevada incidência em diversos pontos daquele ciclo de tratamento.

Infelizmente não posso entrar em detalhes aqui sobre a complexidade da Fiv, que a transforma numa multiespecialidade, colocando para os usuários exigências igualmente nada simples, que não se acompanham da contrapartida da eficiência assegurada. Além da baixa *performance*, o ciclo Fiv coloca, sobretudo para a mulher, uma série de riscos ligados às altas doses de hormônios, anestesia para as punções, risco de infecções, além de muitos outros transtornos, como a gravidez múltipla, que aumenta muito a morbi-mortalidade ligada ao processo gestacional e puerperal tanto da mãe como do bebê. Soma-se a eles um enorme desgaste, principalmente para as mulheres, pelas intervenções médico-cirúrgicas das diferentes fases do ciclo Fiv, que podem ter de repetir-se com uma freqüência quase diária, e em certos momentos mais do que diária, a cada ciclo iniciado ou (reiniciado) de tentativa de fecundação. Para não falar dos problemas de ordem emocional de toda a manipulação física e psíquica desencadeada em torno da expectativa de uma reprodução dificultada. Não obstante, esses problemas e riscos não têm sido avaliados ou divulgados tão intensamente como as vantagens da Fiv².

O seguinte ponto é também fundamental e deve ser destacado: em função da etapa de hiperestimulação hormonal da mulher, na Fiv, são produzidos muito mais óvulos - e, conseqüentemente, muito mais embriões - do que, admite-se, uma mulher poderia suportar numa gravidez (em média oito ou nove, às vezes mais de dez ovócitos). Não sendo tecnicamente possível congelar óvulos de modo a garantir a preservação de sua integridade no descongelamento, os óvulos gerados em excesso devem vir a ser fecundados, para que possam ser "guardados" sob a forma de embriões congelados. Assim, de uma condição inicial na qual os embriões (desejados) faltavam, passa-se a uma outra na qual eles estão em excesso. Estes

² Toda essa manipulação impõe aos pacientes uma enorme responsabilidade pelo tratamento e um verdadeiro "trabalho", com tarefas cotidianas (anotar o dia e hora dos ciclos menstruais e seus sinais, as relações sexuais, a administração dos numerosos medicamentos, agendamento de visitas médicas e laboratoriais). A sexualidade pode acabar sendo incluída neste trabalho, já que uma grande parcela de casos de in/hipofertilidade é de causa indefinida ou mal definida. Enquanto meio bem definido de atingir a reprodução biológica, o sexo adquire, assim, o caráter de remédio para aquelas condições inexplicadas, o que implica mais uma intervenção das NTRs na vida sexual das pessoas.

embriões ficaram conhecidos como **embriões excedentes** ou **embriões supranumerários**. De indesejado efeito colateral da Fiv, os embriões supranumerários assim produzidos passam a altamente desejáveis, uma vez que, além de congelados para uso posterior pelos próprios depositários, podem ser doados a pessoas inférteis ou utilizados em pesquisas.

A medicalização da ausência de filhos no quadro das NTRs abre, assim, uma ampla linha de pesquisa com embriões. Sendo até hoje dificilmente admitida, do ponto de vista ético, a criação de embriões humanos voltada exclusivamente para pesquisa, esses "tratamentos" de infertilidade - e em particular a etapa de hiperestimulação hormonal da Fiv com sua superprodução de óvulos e embriões - constituem a forma principal de captação de embriões e células reprodutivas para aquele fim.

Considerar para o que serve, do ponto de vista terapêutico, todo este arsenal tecnológico, que acabo de descrever em suas linhas gerais, não é algo simples. Que a Fiv possa ter indicações precisas em casos de infertilidade bem definidos - esterilidade tubária, por exemplo - ninguém põe em dúvida, e ela existe e foi criada para procurar sanar esse problema, mesmo que sua *performance* seja baixa e que não se privilegie a realização de estudos comparativos nesta área. Mas o desenvolvimento das NTRs e a forma como vem se dando a difusão de seu emprego revelaram que o problema da demanda por tecnologias reprodutivas é dificilmente definido dentro dos padrões comuns de outras doenças.

A imprecisão dos critérios de definição da categoria de infertilidade e as indefinições que ela pode promover têm um papel fundamental nos impasses encontrados na prática da medicina e nas decisões para cada "caso": quanto é possível suportar um desejo insatisfeito de procriar, que atitudes tomar nesses casos, como pode ser definido, para um casal, um tempo aceitável de espera por uma gravidez, numa situação de hipofertilidade, ainda que relativa ou temporária? Agravados por uma situação de franca oferta, a esses problemas se somam, sobretudo se considerarmos o valor social e simbólico da procriação, aqueles colocados pela demanda de pessoas para as quais as relações sexuais são "inférteis", como os homossexuais, celibatários, mulheres na menopausa e outras possibilidades³.

Não obstante estas e outras incertezas, para não falar nos fracassos e riscos sobre os quais não tenho espaço para me deter neste texto, a medicina vem,

³ O problema começa com a própria (in)definição da infertilidade. Remetida inicialmente ao tempo, em sua abordagem clínica - dois anos de relações sexuais não protegidas sem obter gravidez -, aquela definição teve seu prazo reduzido para um ano e pode diminuir de forma inversamente proporcional ao surgimento de novas técnicas e às angústias e urgências procriativas que elas são capazes de provocar. Do ponto de vista médico-epidemiológico, as estimativas de prevalência da infertilidade têm variações astronômicas: dois estudos da OMS, realizados com apenas um ano de diferença, apontam variações, no primeiro caso, entre 20 e 40 milhões de casais inférteis no mundo e, no segundo, 50 a 80 milhões (Cf. OMS. *Adelantos Recientes en Materia de Concepción con Ayuda Medica*. Ginebra, 1992). Expressões do tipo "talvez possam contribuir", "vários fatores", "necessidade de investigação ampla e profunda" etc. acompanham muito frequentemente as conclusões de estudos médicos sobre a esterilidade e as novas técnicas médicas de reprodução. Finalmente, com relação aos tipos de esterilidade, existe uma incidência diferencial entre as formas passíveis de prevenção, causadas por abortos e infecções de repetição, mais prevalentes entre as populações mais pobres, e as infertilidades de origem desconhecida, dos países ricos e desenvolvidos, produtores desta tecnologia.

em suas obras de vulgarização e através da mídia, impondo idéias sobre as NTRs que as apresentam como mais eficazes e seguras, não raramente sendo sugeridas como mais vantajosas do que as relações sexuais como meio de reprodução. Fala-se cada vez mais freqüentemente numa hipofertilidade da “natureza humana” - as relações sexuais fecundantes seriam da ordem de 25% de todas as relações sexuais entre homens e mulheres normais -, e também numa queda histórica da qualidade fecundante dos espermatozóides por fatores ambientais, químicos e outros. Pela natureza ou pela cultura, seríamos seres vivos em penúria reprodutiva progressiva.

De fato, o problema da manipulação das taxas de sucesso das NTRs tem como ponto central a referência a uma tal hipofertilidade natural da espécie humana. As técnicas fariam, numericamente, “como a natureza”, ou até melhor, o que justificaria um intervencionismo indiscriminado. Tais afirmações, além de questionáveis, não falam a que preço isso ocorreria e nem quem paga essa conta⁴.

A circulação de material reprodutivo humano proporcionado pelas NTRs altera completamente a situação na qual óvulos, espermatozóides e embriões estavam restritos à individualidade do corpo e sua relativa autonomia. No novo espaço do laboratório, esse “material” passa a estar submetido a uma outra lógica e ao poder de novos agentes, poder que se intensifica à medida que se intensifica aquela circulação. Esse é o caso, por exemplo, da hibernação por congelamento, quando, apesar de fixos, congelados, espermatozóides e embriões permanecem expostos no tempo, ampliando as possibilidades de intervenção.

É possível pensar que esta exposição foi possibilitada, em última instância, pelos próprios indivíduos, em função de seu sofrimento ou de seus desejos, mas o sentido problemático de tal fato deve ser colocado no contexto da medicalização: ou seja, em relação ao fato de homens e mulheres não poderem ser concebidos como **indivíduos fora das práticas médicas e de saúde** dominantes no mundo em que vivemos.

Mais conhecidas a partir do nascimento do primeiro bebê de proveta do mundo, ocorrido em 1978 na Inglaterra (e no Brasil, em 1984), as NTRs foram, desde o início, extensamente apresentadas como algo espetacular, uma verdadeira revolução, tanto pelos agentes produtores de técnicas, serviços e bens de consumo biomédicos como, sobretudo, pelos meios de comunicação. A divulgação do desenvolvimento dessas técnicas foi marcada, essencialmente, pela combinação de sensacionalismo com uma certa banalização. Tal investimento discursivo assim configurado resultou em um paradoxo: por um lado, a informação sobre “bebês de proveta”, “barriga de aluguel”, “clonagem de células humanas”, “pesquisa com embriões” etc. tornou-se, na última década, assunto de circulação intensa em todo

⁴Um dos pontos mais sensíveis e polêmicos na discussão das NTRs é justamente o de seu baixo sucesso, que não justificaria, dentro dos padrões éticos usuais da medicina, a proposição de sua aplicação em função de sua alta invasividade se comparada à medíocre relação custo/benefício (o que engloba mais do que a questão financeira), entre outros problemas. O artifício acionado por parte dos especialistas para contornar a questão das baixas taxas de sucesso das NTRs toca, por um lado, a questão de uma simples similaridade numérica entre os resultados “naturais” e os “artificiais” da reprodução, o que em si mesmo é falso, já que é sabido que as taxas globais de sucesso das NTRs não atingem 10%, e, por outro, a incomensurabilidade do desejo de filhos, o que é ainda mais absurdo quando pensamos na lógica da oferta e da demanda presente na disponibilização dessas técnicas no mercado de serviços médicos, e na margem de manipulação que tal lógica pode permitir.

tipo de mídia; por outro, a maneira de “informar” esses eventos teve também como efeito um ofuscamento de seus aspectos obscuros, deixando na sombra efeitos duvidosos tais como seus riscos, seu (baixo) sucesso e a forma limitada como essas técnicas são avaliadas dentro do próprio campo científico⁵.

A presença quase cotidiana das NTRs, tanto na imprensa como na televisão (chegando, no Brasil, a ser tema de mais de uma novela de grande audiência), colocou-nos diante de um objeto (as NTRs) tão transparente quanto opaco. O desafio de desvendá-lo exige uma reflexão que possibilite o desmonte daquele sensacionalismo e torne possível um efetivo debate em torno das NTRs.

Paralela e contrariamente àquela forma de proliferação discursiva, faltam, no Brasil, dados epidemiológicos sobre a infertilidade, registros atualizados e de boa cobertura sobre os centros de reprodução assistida e seus resultados - sucesso, riscos, custos etc.⁶. Existe, também, uma carência de estudos sociológicos, em particular de estudos sobre a demanda que incluam o discurso de homens e mulheres diretamente envolvidos na questão. Assim, pouco conhecemos sobre as representações e atitudes relativas à ausência involuntária de filhos, os motivos que levam as pessoas a buscar essas técnicas, muitas vezes em detrimento de outras soluções como, por exemplo, a adoção, o que torna difícil melhor caracterizar o contexto da criação desse mercado de serviços médicos, em nosso meio.

As NTRs foram, também, anunciadas como a “grande novidade” de uma área supostamente desenvolvida e rica em recursos na medicina, que já teria atendido a todas as outras demandas relativas ao controle da reprodução e ao exercício autônomo da sexualidade. Esse não é o caso de países com as características sociais e sanitárias do Brasil, em que a medicalização do corpo feminino não tem como contrapartida a garantia de saúde nem a possibilidade do exercício daquilo que é colocado como direito, o que se expressa em indicadores medíocres no campo da saúde reprodutiva e em fatos conhecidos de constante desrespeito aos direitos reprodutivos.

Nesse sentido, considero importante uma abordagem das NTRs que não reforce a forma autônoma como essas técnicas e a infertilidade vêm sendo tratadas na literatura de divulgação médico-científica e pela mídia, e que, ao contrário, busque reinseri-las no contexto das relações entre os sexos, medicina e tecnologia, e de outros problemas do campo da saúde reprodutiva, aos quais elas estão efetivamente ligadas.

De minha parte, proponho analisar o desenvolvimento das NTRs como parte de um processo histórico de medicalização social, em particular de medicalização da sexualidade e da reprodução. Não obstante serem apresentadas como um dos principais marcos da revolução tecnológica realizada recentemente pela medicina, o que de fato não deixa de ser quando enfocadas em seus aspectos

⁵ Sobre o papel da mídia na medicalização da ausência de filhos promovida pelas novas tecnologias reprodutivas, conferir: CORRÊA, Marilena V.. *As Novas Tecnologias Reprodutivas: uma revolução a ser assimilada*. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, nº. 1, 1997, p. 69-98.

⁶ Para conhecer os poucos dados disponíveis sobre os resultados da reprodução assistida no Brasil, conferir: CORRÊA, Marilena V.. *A Tecnologia a Serviço de um Sonho: um estudo sobre a reprodução assistida*. Tese de Doutorado, IMS/UERJ, 1997, p. 157-181.

puramente técnicos, as NTRs constituem a etapa mais recente de um processo cujas origens remontam ao fim do século XVIII. A atual medicalização da procriação não configura em si uma ruptura com a tradição médica nesse campo, que mantém contínua intervenção sobre a sexualidade e a reprodução humanas, particularmente sobre o corpo da mulher.

Assim, mais um fato da vida social e individual - a dificuldade de ter filhos - recebe uma redescrição médica; mas, desta vez, o que está em jogo na redescrição daquele fato é, primordialmente, a existência de novos métodos de "tratamento". É a possibilidade de emprego de uma tecnologia que dita as regras, deixando em segundo plano outros aspectos do universo médico, tais como achados patológicos, lesões orgânicas, sintomatologia, métodos de diagnósticos etc..

De fato, **sem** desejo de filhos não há infertilidade! Atitude que se contrapõe, por princípio, às novas formas de medicalização da reprodução. Não querer ter filhos anula a possibilidade de vir a ser ou não medicamente confirmado, ou mesmo apenas interrogado, um estado de in/hipofertilidade. Pensando nisso, é possível supor que, ao contrário, a extrema modernidade das NTRs possa estar reforçando o velho papel da medicina na construção de significados em torno da maternidade e da paternidade, do imperativo da procriação, com todos os significados simbólicos de que ele pode ser revestido (renovação da vida, recriação do eu etc.).

A medicina enquanto prática social é, de fato, uma das mais potentes práticas - uma vez que mobiliza questões como a imagem do corpo, a dor, a morte, além de, historicamente, ter sido fundamental na disciplinarização do corpo para o trabalho - através das quais, nas sociedades contemporâneas, o indivíduo se constitui e constrói a valorização de si, as "necessidades" de saúde, e não apenas o combate ao mal-estar e ao sofrimento⁷. O discurso e a prática institucionalizados da medicina moderna (bem como de disciplinas medicamente coordenadas, como a biologia e a psicologia, entre outros) interferem na construção da própria idéia de vida, enquanto vida biológica e de processos vitais, saúde, dor, prazer, estando situado neste plano, a meu ver, o sentido principal do termo medicalização. Embora este termo - medicalização - admita uma polissemia, na qual destacam-se as idéias de aumento do consumo de atos médicos, da proliferação tecnológica na prática médica, da expansão de lucros na comercialização de serviços, equipamentos e produtos, aqueles aspectos situados no plano da significação, do sentido e das representações antecedem os demais, em termos lógicos.

A medicalização, assim definida como um processo pelo qual o modo de vida dos homens é normalizado pela medicina, confere uma autoridade moral à medicina que possibilita uma extensão ilimitada de sua abordagem discursiva a qualquer aspecto da existência: comportamentos e condutas cotidianos são passí-

⁷ Não é possível desenvolver no âmbito desta apresentação as relações entre a constituição do indivíduo e a medicalização. Para tal, remeto à bibliografia: BOLTANSKI, Luc. *Prime Éducation et Morale de Classe. Cahiers du Centre de Sociologie Européenne*, EHESS, 1984 (1969); DONZELOT, Jacques. *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1980; VAN USSEL, Jos. *Repressão Sexual*. Rio de Janeiro: Campus, 1980. No Brasil: LOYOLA, M. A.. *A Cultura Pueril da Puericultura. Novos Estudos CEBRAP*, v. 1, nº. 1, abril, 1983; COSTA, Jurandir F.. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal 1978; CORRÊA, Marilena V. *Medicalização e Individualismo: o caso da Aids*. Dissertação de Mestrado. IMS/UERJ, 1991; entre muitos outros.

veis de apreciação e regulação por enunciados de tipo científico, em relação aos quais os indivíduos podem definir-se como normais ou anormais, saudáveis ou doentes, felizes ou infelizes etc.. Eventos fisiológicos (gravidez, parto, menopausa, envelhecimento), comportamentos socialmente desviantes (alcoolismo, uso de drogas, inadaptação ao trabalho, agressividade, formas de exercício da sexualidade etc.) podem sofrer uma redescritção médica, passando a ser submetidos à normalização médica. É nesse processo que, historicamente, a função de cura da medicina duplica-se em uma outra função, política, de criação e transmissão de normas.

Uma característica central da medicalização no campo da sexualidade e da reprodução é a forte diferença entre os sexos, no que diz respeito àquelas intervenções: medicamentos, técnicas e pesquisas incidem e concentram-se muito mais sobre o corpo da mulher do que sobre o do homem, qualquer que seja a etapa do processo reprodutivo considerado. Se no caso do parto e dos cuidados com o bebê predominaram, historicamente, intervenções normalizadoras do médico, que se seguiram a uma transferência do saber da mulher, tanto das mães quanto das parteiras, acerca do processo reprodutivo (a gravidez, o parto e o cuidado com o recém-nascido), o controle da fecundidade e/ou da infertilidade exigiu modificações em outra ordem de representações: na própria forma de geração da vida, donde os adjetivos que normalmente acompanham essas representações - nascimentos planejados e nascimentos artificiais -, e que muito bem exprimem os contextos racionais e tecnológicos que lhes deram origem.

De fato, as NTRs e as novas formas de medicina a ela relacionadas representam um extraordinário aprofundamento da vontade de saber e de domínio sobre os processos biológicos e corporais e até mesmo sobre o que, para elas, define o caráter dos indivíduos. Na gestão do patrimônio genético pelas tecnologias de medicina preditiva, por exemplo, um nascimento pode ser suspenso antes mesmo de sua concepção. Com ela, atribui-se aos médicos não apenas um poder de vida, mas também de morte, e ainda particularmente aos pais, que devem tomar decisões frente aos riscos de o futuro indivíduo ser portador ou transmissor de genes supostamente defeituosos ou indesejáveis. Esse, como outros desenvolvimentos semelhantes da medicina da reprodução, levou à concentração do debate sobre as NTRs em comitês e conselhos de bioética. Essas instâncias têm cumprido um papel de normalização da própria medicina, que se mostraria, em suas formas atuais de organização, incapaz de, por si mesma, propor e garantir o que seria uma prática médica adequada à saúde ou ao bem-estar das pessoas. A complicação é que a existência daquelas instâncias não é, por si mesma, garantia de segurança absoluta.

Esses e outros tantos problemas indicam o trabalho que temos pela frente, e em que medida as NTRs continuam a exigir um grande esforço de estudo e análises. Os artigos que se seguem trazem importante contribuição nesse sentido, e a instigação gerada por eles pode desdobrar-se, ainda, em novas pesquisas a partir de hipóteses enriquecidas por sua reflexão.

A discussão de Verena Stolcke sobre as NTRs tem como centro irradiador a questão da **clonagem**. Como lembra a autora, interrogações sobre a origem da vida e mesmo a existência de manipulações e tentativas de domínio da produção de seres humanos fora das relações sexuais entre os dois sexos estão presentes, no

campo científico, desde pelo menos o início do século XVIII, como exemplificam relatos de ocorrência da prática de inseminação artificial que datam daquela época, constituindo, igualmente, temática de toda uma produção literária que marcou os últimos dois séculos (de Mary Shelley a Aldous Huxley).

Diante da aplicação concreta das atuais técnicas de reprodução biológica, especulações sobre as possibilidades de produção de “vida” pela ciência e da possível dissolução do modo sexuado de reprodução devem ser feitas com cautela, tendo em vista um possível efeito de descontextualização de importantes e diversificados elementos implicados na reprodução humana que a tornam, eminentemente, social. Com ou sem sexuação biológica, até o momento, as pessoas produzidas - nascidas - continuam sendo necessariamente alocadas em posições sociais precisas em função de seu sexo, sua origem social, étnica etc.. Se, aparentemente, o futuro é agora, muitas vezes o agora **antes do futuro** fica esquecido, de tal modo que acabamos por reproduzir, mais do que por combater, aquilo que gostaríamos de evitar. Nesse sentido, reforço a importância de uma reflexão que tente empreender o desarme do sensacionalismo midiático que tem cercado a tecnologia procriativa, e que, sem dúvida, constitui propaganda interessante à difusão da reprodução assistida no campo médico, mas que não garante a produção de um efetivo debate.

Os interesses na criação de um mercado de serviços médico-laboratoriais e farmacêuticos na área da reprodução, como em todo mercado, promovem uma oferta que se antecipa a qualquer demanda, que, por sua vez, deverá expressar-se de algum modo. Mesmo assim, diante dos anúncios do “êxito” da clonagem, por exemplo, cabe perguntar se deveríamos supor uma atração, por parte das pessoas, para o consumo dessas técnicas procriativas, enquanto modo exclusivo ou preferencial de constituir famílias. Existiria, em nossa sociedade, uma demanda por clonagem com vistas à reprodução? E, em caso afirmativo, nasceriam essas pessoas fora das relações sociais de sexo e outras que vigem em nossa sociedade?

Temos pouquíssimo conhecimento sobre isso. Estudos sociológicos comparativos sobre a necessidade ou desejo de filhos e de família, sobre as soluções e encaminhamentos efetivos em casos de impossibilidade de realização desses desejos pelos caminhos tradicionais, sobre um possível desprestígio (ou não) da prática da adoção, ligados ao desenvolvimento das NTRs, talvez pudessem vir a revelar que atitudes predominam, de fato, nos dias de hoje, nessa área: seriam mais comuns o estranhamento e um certo horror diante da oferta das atuais práticas conceptivas, ou predominariam o fascínio e o interesse pelo consumo das técnicas de se fazer bebês sob demanda, mais um objeto lançado no mercado médico? Em relação a essas atitudes, haveria uma variação por grupos? Em função de que características?

Enquanto não se conhece melhor os diferenciais de atitudes quanto a essas relações entre os grupos sociais e a tecnologia reprodutiva, é fácil constatar a manutenção de um certo *status quo* que resiste em ser alterado, mesmo vinte anos após o primeiro nascimento de um bebê de proveta. Ser concebido e nascer fora das relações sexuais não é sinônimo de estar fora das relações entre os sexos e dos sistemas de dominação que essas relações implicam em sociedades concretas. Os concebidos no vidro, assim como os que o foram na carne, continuam, até hoje,

sendo socialmente posicionados e tendo que se posicionar identitariamente em relação à diferença sexual. Seria a técnica da clonagem capaz de por si só reverter esta tendência e liberar-nos de uma bissexualidade hierarquizada?

V. Stolcke está atenta a isso, e chama a atenção para o lugar da mulher enquanto produtora e disponibilizadora de óvulos e úteros, necessários à atual medicina da reprodução. A autora interroga-se sobre as diferenças sexuais na procriação e por possíveis alterações nas noções vigentes de concepção que uma técnica como a clonagem poderia acarretar. O que se percebe, de fato, até o momento, é um aprofundamento da apropriação do corpo feminino por parte da pesquisa biomédica no campo da reprodução, e, nas palavras de Stolcke, um “reforço da maternidade como destino e responsabilidade da mulher”.

Em um campo onde são desencadeados tantos debates em torno das identidades masculina e feminina, das noções de maternidade, paternidade, família, filiação e a questão das origens, seria esperado um lugar de destaque para o discurso da Psicanálise, que de fato existe, e está aqui representado pelo texto de Paola Mieli.

A Psicanálise e os psicanalistas têm efetivamente estado presentes em diversos pontos da própria prática da reprodução assistida, sobretudo em países nos quais bancos de sêmen, serviços de inseminação artificial e de fertilização *in vitro* estão localizados em sistemas públicos de saúde, como é o caso, por exemplo, da França. Naqueles espaços, os psicanalistas ocupam uma posição de mais um especialista no conjunto complexo e hierarquizado de especialistas capazes de, no quadro da atual medicalização da ausência de filhos, gerenciar questões como a escolha de doadores, discutir sobre o anonimato entre doadores e receptores, sobre o segredo do uso das NTRs, sobre como essas questões se ligam ao problema do conhecimento individual das próprias origens etc..

Ainda de um ponto de vista clínico, o discurso psicanalítico tem muito a dizer sobre as infertilidades, e o tem feito, particularmente a respeito de casos em que não se consegue identificar alterações orgânicas precisas na condição de esterilidade, o que caracteriza a categoria médica da **infertilidade idiopática**. Talvez o que falte, nesses casos, seja o **desejo** de filhos, de maternidade ou de paternidade, que não se confundiriam, para a psicanálise, com os **pedidos** dirigidos à moderna medicina da reprodução. Nessa linha de raciocínio, Mieli valoriza em seu texto o problema de “causas” não orgânicas das infertilidades e queixa-se da resistência por parte da medicina e do corpo médico em englobar em seu entendimento das infertilidades a dimensão “subjetiva” (entre aspas, palavras da autora).

Embora seja evidente a existência de uma *décalage* entre o que é expresso como pedido à medicina e tudo o que possa estar em jogo no desejo de indivíduos engajados num suposto projeto procriativo, considero problemático falar, como a autora, em termos de um determinismo psicológico ou psicossomático necessário, em casos de infertilidade idiopática. Ao mesmo tempo, P. Mieli traz contribuições importantes sobre esta questão, ao lembrar outras diferenças nos processos médico e psicanalítico de entendimento do problema da infertilidade: se a medicina promete “resolver rapidamente a doença” intervindo sobre partes do corpo das pessoas, a Psicanálise, ao contrário, trabalharia com uma noção de

temporalidade particular e visaria o indivíduo como um todo ligado à integralidade de seu corpo.

Mieli afirma, ainda, que a “temporalidade da maternidade” não pode absolutamente ser ligada a “disfunções orgânicas, muito menos a consequências fisiológicas devidas ao uso de contraceptivos ou ao aborto”, referindo-se às frustrações e falhas na programação da procriação: ou seja, uma criança adiada pela contracepção pode não vir a ser concebida, num segundo momento, tal como esperado, a partir de uma tomada de “decisão racional”, pelo indivíduo ou casal. Esse tipo de falha revelaria sempre a “verdade da divisão subjetiva” e nunca alterações orgânicas ligadas a manipulações contraceptivas anteriores (as aspas implicam, aqui, citação).

Não posso deixar de comentar, no caso brasileiro, a desatenção do sistema de saúde pública à saúde das mulheres e a seus direitos reprodutivos, responsável pela difusão de práticas como a auto-administração de contraceptivos hormonais orais por carência de acompanhamento médico, carência responsável também pela não identificação e pronto tratamento de doenças sexualmente transmissíveis de repetição; menciono também a criminalização do aborto, que determina sua realização em condições insalubres - todos, aspectos reconhecidamente esterilizantes, para não falar na magnitude da disseminação da prática da esterilização cirúrgica no país, sobretudo entre os setores sociais economicamente menos favorecidos, e que são a maior parte de nossa população de mulheres. Essas práticas aludem a uma temporalidade que é a da esterilidade permanente ou prolongada, provocada por condições concretas de manipulações físicas e fisiológicas inadequadas, às quais essas mulheres estão sujeitas. São práticas que produzem sim uma desorganização do “desejo de maternidade”, mas ligada a um conjunto de fatores bastante objetivos, que não podem ser menosprezados enquanto tal.

Finalmente, P. Mieli pergunta-se pelo surgimento de possíveis redefinições da família a partir das NTRs, assim como pelas possíveis consequências ligadas às circunstâncias de um nascimento mediante reprodução assistida. No primeiro caso, é preciso lembrar (o que está ausente do texto da autora) que a família já conhecia todo tipo de variação - monoparentalidade, recasamentos, grupos familiares constituídos a partir de pares homossexuais etc. - quando surgiram as NTRs. Nestas, a tecnologia médica constitui um novo elemento a reforçar e aprofundar a medicalização da filiação e da família.

Por outro lado, P. Mieli está consciente de que um bebê das NTRs pode sofrer as “consequências das circunstâncias de um nascimento qualquer”, mas identifica como problemático o fato “de o discurso corrente da medicina aplicada a este setor ignorar ou fingir ignorar as implicações éticas e simbólicas de sua atuação” (citação).

Finalmente, a reflexão de Alejandra Rotania perpassa as discussões dos outros artigos publicados neste número. A autora questiona-se sobre a vulnerabilidade de homens e mulheres face aos avanços tecnológicos no campo da medicina, da biologia, da procriação etc.. O paradoxal sucesso tecnológico nos ameaçaria não apenas enquanto raça ou espécie, mas exigindo novas construções no campo simbólico e ético, talvez os planos mais vulneráveis aos avanços da técnica.

Se o feminismo promoveu, inicialmente, um despregamento da identidade feminina de uma condição natural procriativa, os desdobramentos deste processo resultaram numa tecnificação de seus corpos: contracepção potente, separação do exercício da sexualidade e da reprodução, luta por meios e serviços de base tecnológica no campo da saúde reprodutiva etc., fatores que conduziram a mulher a posições progressivamente mais “culturalizadas” e que implicavam um “domínio da natureza” (citação).

O texto de A. Rotania faz, assim, uma chamada para o agendamento de uma revisão do “pensar e agir feministas”, sob o pano de fundo do atual “projeto neoliberal-instrumentalista” (citação). A autora convoca-nos a retomar o sentido do feminismo enquanto “crítica da cultura e prática políticas” dentro de uma idéia de “responsabilidade pelo futuro”, o que pode implicar a decisão pela imposição de limites para a ação humana, nos quais a autodeterminação das mulheres estará em pauta (citação).

De fato, uma ética das NTRs tem necessariamente que incorporar o debate feminista e do movimento de mulheres sobre elas, uma vez que se trata de tecnologias que incidem fundamentalmente sobre o corpo feminino e que passam necessariamente pela **experiência da mulher no mundo**. A profissionalização da bioética, que alia princípios gerais a pareceres técnicos, nova cara da neutralidade científica e da neutralização dos conflitos implicados na reprodução assistida, deve ser motivo de resistência, tanto quanto o aprofundamento da medicalização da reprodução que, intervindo na ausência de filhos, apropria-se do corpo da mulher desmembrando-o em partes autônomas - úteros, ovários e mesmo mais elementares, como óvulos, moléculas hormonais etc..

Mesmo não sendo um bloco unitário (o que é louvável), o pensamento e a crítica feministas constituem um palco de polêmicas e debates sobre os vários temas acima apontados, no qual, a meu ver, devem ser desenroladas as cenas principais do debate sobre as NTRs. Pois é sobre a experiência da mulher no mundo, dela e daqueles aos quais estará ligada social e simbolicamente no tempo e no espaço de suas vidas, que estas tecnologias vieram interferir.

Assim, acredito que este conjunto de textos chega em momento bastante oportuno e agradeço mais uma vez o convite que me foi feito pela *Revista Estudos Feministas* de apresentá-los, oferecendo-me, assim, esta possibilidade de diálogo (por enquanto silencioso e unilateral) com as autoras e com seus leitores(as) que, tenho certeza, muito se beneficiarão da qualidade e atualidade dos problemas e análises que se seguem.



revista estudos feministas

revista estudos feministas

é uma revista acadêmica, de caráter pluridisciplinar, que tem por objetivo ampliar o campo dos estudos de gênero no Brasil.

revista estudos feministas

é um projeto coletivo da comunidade acadêmica e um canal de expressão do movimento feminista. **Necessitamos de apolo.** As doações beneficiam-se da Lei Rouanet. Informe-se!

revista estudos feministas

é semestral (junho e novembro) e está aberta a colaborações na forma de artigos, resenhas, ensaios e dossiês. Informações de interesse geral sobre o tema serão divulgadas na rubrica agenda.

números disponíveis

tomo 8	vol.3	n.2/95
tomo 9	vol.4	n.1/96
tomo10	vol.4	n.2/96
tomo11	vol.5	n.1/97
tomo12	vol.5	n.2/97
tomo13	vol.6	n.1/98

A S S I N A T U R A (ANUAL)

2 números

Nacional	R\$ 40,00
Internacional	US\$ 40,00
Internacional (Institucional)	US\$ 60,00
Avulsos.....	R\$ 22,00

Envie o cupom abaixo com cheque nominal à **Fundação Universitária José Bonifácio**,
endereçado para **revista estudos feministas IFCS/UFRJ**

Largo de São Francisco, 1 sala 427 Centro 20051 070 - Rio de Janeiro - RJ Brasil

Tel.: (5521)221-0341 r.403/507-4084 FAX: (5521)221-1470

Assinante:

Endereço:

Bairro: