

“[...] essa agora vai ser a última tentativa mesmo” • “Ele [meu pai] já perguntou muitas vezes se a gente ia ter filho ou não. Uma vez ele perguntou ‘o que tem de errado? É com você ou com ela?’” • “Na verdade a gente evitou, mas desde que a gente casou a gente já queria, mas queria ter as coisas primeiro. [...] A gente ainda era novo, achava que não ia ter nenhum problema” • “Não, eu não penso em adoção não. Eu quero um filho meu mesmo, do meu sangue” •

PEDRO NASCIMENTO

Desejo de filhos

“queria o neto dela” • “Eu não quero saber disso. Agora eu até já me conformei. No começo não, eu chorava, me deprimia, mas agora não. Já me acostumei com a ideia” • “Tu me perguntaste naquela hora sobre o que eu achava de o governo pagar o remédio e eu vou te dizer agora. Eu acho que tinha que pagar tudo” • “Quando não tem de ser não tem o que fazer” • “A gente pensa em adotar. No começo meu marido não queria, eu também não queria, mas agora a gente quer” • “Isso tudo é muito difícil. Eu já cheguei a dizer que eu não presto para nada [...], a gente sempre acha que uma mulher tem que ter um filho, é como se a gente fosse incompleta porque não tem um filho” • “É porque cada médico diz uma coisa diferente. E é tanto médico que eu já não sei mais o que pensar, em quem acreditar” • “Foi à força que eu aprendi a ser mãe. Mas eu não me arrependi um minuto. Tudo que eu queria era ter um filho” • “Eu tenho vontade de me oferecer como cobaia pra os médicos resolverem meu problema”

**Uma
etnografia
sobre
reprodução,
desigualdade
e políticas
de saúde**

DESEJO DE FILHOS:

uma etnografia sobre reprodução,
desigualdade e políticas de saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Reitora MARGARETH DE FÁTIMA FORMIGA MELO DINIZ
Vice-Reitora BERNARDINA MARIA JUVENAL FREIRE DE OLIVEIRA
Vice-Reitora da PRPG MARIA LUIZA PEREIRA ALENCAR MAYER FEITOSA



EDITORA UFPB

Diretora IZABEL FRANÇA DE LIMA
Supervisora de Administração GEISA FABIANE FERREIRA CAVALCANTE
Supervisor de Editoração ALMIR CORREIA DE VASCONCELLOS JÚNIOR
Supervisor de Produção JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS FILHO

Conselho Editorial ADAILSON PEREIRA DE SOUZA (Ciências Agrárias)
ELIANA VASCONCELOS DA SILVA ESVAEL (Linguística, Letras e Artes)
FABIANA SENA DA SILVA (Interdisciplinar)
GISELE ROCHA CÔRTEZ (Ciências Sociais Aplicadas)
ILDA ANTONIETA SALATA TOSCANO (Ciências Exatas e da Terra)
LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA (Ciências da Saúde)
MARIA DE LOURDES BARRETO GOMES (Engenharias)
MARIA PATRÍCIA LOPES GOLDFARB (Ciências Humanas)
MARIA REGINA VASCONCELOS BARBOSA (Ciências Biológicas)

Conselho Científico MARIA AURORA CUEVAS-CERVERÓ (Universidad Complutense Madrid /ES)
JOSÉ MIGUEL DE ABREU (UC/PT)
JOAN MANUEL RODRIGUEZ DIAZ (Universidade Técnica de Manabí/EC)
JOSÉ MANUEL PEIXOTO CALDAS (USP/SP)
LETÍCIA PALAZZI PEREZ (UNESP/MARÍLIA/SP)
ANETE ROESE (PUC MINAS/MG)
ROSÂNGELA RODRIGUES BORGES (UNIFAL/MG)
SILVANA APARECIDA BORSETTI GREGORIO VIDOTTI (UNESP/MARÍLIA/SP)
LEILAH SANTIAGO BUFREM (UFPR/PR)
MARTA MARIA LEONE LIMA (UNEB/BA)
LIA MACHADO FIUZA FIALHO (UECE/CE)
VALDONILSON BARBOSA DOS SANTOS (UFMG/PB).

Editora filiada à:



Pedro Nascimento

DESEJO DE FILHOS:
uma etnografia sobre reprodução,
desigualdade e políticas de saúde

EDITORA UFPB

João Pessoa
2020

Direitos autorais 2020 – Editora UFPB

Efetuada o Depósito Legal na Biblioteca Nacional, conforme a Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À EDITORA UFPB

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio.

A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade dos autores.

Impresso no Brasil. *Printed in Brazil.*

Projeto Gráfico	EDITORA UFPB
Editoração Eletrônica e Projeto de Capa	ALEXANDRE JOSÉ BARBOSA DA CÂMARA
Revisão	ANA CAROLINA GUEDES N. COSTA

Catálogo na fonte:

Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba

N244d Nascimento, Pedro.
Desejo de filhos : uma etnografia sobre reprodução, desigualdade e políticas de saúde / Pedro Nascimento. - João Pessoa : Editora UFPB, 2020.
274 p.
ISBN 978-85-237-1508-3
1. Infertilidade humana. 2. Tecnologias Conceptivas.
3. Políticas de saúde - Etnografia. I. Título.

UFPB/BC

CDU 612.663

Livro aprovado para publicação através do Edital N° 01/2019, financiado pelo Programa de Apoio a Produção Científica - Pró-Publicação de Livros da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba.

EDITORA UFPB Cidade Universitária, Campus I – s/n
João Pessoa – PB
CEP 58.051-970
<http://www.editora.ufpb.br>
E-mail: editora@ufpb.edu.br
Fone: (83) 3216.7147

PREFÁCIO

Nos artigos jornalísticos sobre as novas tecnologias reprodutivas, o leitor sente que há silêncios curiosos, algo deixado fora. Quer seja colocado em termos pessoais (o “desejo de ter filhos”) ou científicos (a “ausência involuntária de filhos”), o problema parece óbvio. Da mesma forma, o recurso à medicalização – as longas esperas nos corredores do hospital, os gastos exorbitantes com o tratamento, o bombardeio de corpos sadios com medicamentos violentos – também parece evidente. Registrando queixas quanto ao alto custo dessas tecnologias, a mídia foca rotineiramente em sujeitos das camadas médias – mulheres profissionais que postergaram demais o projeto familiar –, deixando intactos os estereótipos sobre a hiperfertilidade de mulheres pobres. Pois, ao percorrer as páginas desse livro, se engajando em debates contemporâneos dos estudos feministas e da antropologia da ciência, o leitor adentra esses territórios silenciados, aceitando ser levado pelo autor/pesquisador Pedro Nascimento a repensar os lugares comuns que tantas vezes travam o aprofundamento de nossas reflexões.

Já nos primeiros capítulos, emerge uma descrição etnográfica em cores vivas dos diferentes agentes, emoções e interesses que perpassam o ambiente de um hospital público gaúcho, no seu serviço pioneiro para “infertilidade”. A partir desse local, seguimos as várias ramificações políticas e legais exploradas por pacientes e profissionais em nome ora do acesso universal à saúde, ora do direito constitucional ao planejamento familiar. Aprendemos sobre as diversas tentativas, por parte de clínicas particulares e serviços públicos de saúde, para baratear o custo da intervenção médica. E, avaliando o papel central dos remédios comercializados pelas companhias farmacêuticas, somos levados a contemplar a grande relevância do mercado de consumo para o sonho de ter um filho “próprio”. Seguindo esse caminho, chegamos aos efeitos

da radical desigualdade social e econômica que existe no Brasil, onde o campo de possibilidades de mulheres pobres parece inelutavelmente restrito a serviços com tecnologias de baixa complexidade que, apesar de exigir delas um investimento emocional e financeiro enorme, não garantem mais do que 15 a 20% de êxito.

Contudo, a grande originalidade do caminho trilhado por esse autor é de perguntar como e por que acontece essa medicalização de um problema pessoal: “o desejo por filhos”. Guiado por colaboradoras informais da pesquisa – agentes comunitários de saúde –, Pedro chega nas casas e vizinhanças dos clientes reais e potenciais dos serviços médicos de fertilidade, tomando conhecimento das múltiplas histórias que circundam esse desejo. Com um rigor metodológico e ético admirável, negociando terrenos movediços entre lágrimas e humor, o pesquisador – homem alto, de sotaque nordestino – trava diálogos surpreendentes tanto com homens quanto com mulheres. Em resposta a suas indagações, aprende o quanto os sentimentos dos sujeitos estão enredados numa série de relações sociais: do jovem ansiando para “dar um neto” para seu próprio pai antes que este morra até o homem que realiza suas aspirações paternas ajudando a cuidar de seus dez sobrinhos e afilhados; da mulher que quer “levar o processo ao fim” para rebater as acusações da sogra (que a falta de filhos é responsabilidade dela) até a senhora pronta para acolher na sua casa não só o filho adulterino de seu marido, mas a mãe da criança também. Na equação do “desejo por filho”, revelando uma enorme ambivalência quanto ao lugar de “sangue” em assuntos de parentesco e filiação, se encontra a possibilidade de uma solução alternativa à medicalização: pegar um pequeninho “para criar”. Assim, no entrecruzamento de histórias e valores muito diversos, a decisão final quanto a como lidar com “a dificuldade em ter filhos” é tudo, menos previsível.

Para além de anjos e demônios (como diz o próprio autor), a discussão nesse livro nos leva para refletir sobre a questão de “infertilidade” em

toda sua complexidade. Seguimos a maneira em que emoções íntimas são produzidas e transformadas no longo encadeamento de relações que vai da rotina cotidiana da família estendida e a vida sexual do casal até os corredores do hospital, a mesa dos juristas, e as ações de bolsa das companhias farmacêuticas. Em vez de fechar numa conclusão simples, a análise aprofundada de práticas e sujeitos em carne e osso abre para as variáveis inserções de homens e mulheres, de médicos, administradores e juristas. Afinal, nas mãos do analista hábil, Pedro Nascimento, as novas tecnologias reprodutivas, nem intrinsecamente conservadoras nem totalmente inovadoras, nos levam a embarcar numa viagem fascinante para dentro das intrincadas articulações entre família, ciência e política na sociedade contemporânea.

Claudia Fonseca

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*Para meu pai, Manoel, e minha mãe, Severina
Para Maurício, Roberta e Robson*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	19
Ciência, reprodução e mercado globais: produzindo deslocamentos	23
Onde estaria a especificidade? O debate sobre a cultura e o popular no Brasil	32

CAPÍTULO 1

DESEJO DE FILHOS, POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E OS DISCURSOS SOBRE O ACESSO A SERVIÇOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA	39
A construção de uma política de assistência à saúde no Brasil	43
O público, o privado e seus arranjos.....	43
O SUS, seus princípios e os desafios de concretização	48
Solução-família para uma família-problema?	50
A saúde reprodutiva no SUS.....	52
O que significa ter acesso? Os discursos públicos	54
O Acesso segundo a biomedicina e a indústria farmacêutica.....	57
O Ministério da Saúde e a defesa de uma “Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida”	60
O Poder Judiciário se pronuncia.....	65

CAPÍTULO 2

O UNIVERSO E O FLUXO DA PESQUISA: SOBRE USUÁRIOS E HIERARQUIAS	69
Em busca do Serviço de Reprodução Assistida	71
Quando os <i>informantes</i> são usuários: etapas e algumas tensões do trabalho de campo	74
Nos postos de saúde: a <i>desmedicalização</i> do olhar do pesquisador	77
Mudando os contextos, mudando as perguntas	85

CAPÍTULO 3

CONSTRUINDO UMA LUZ NO FIM DO TÚNEL: QUANDO O DESEJO DE FILHOS BUSCA NA MEDICINA SUA FORMA DE REALIZAÇÃO	91
Uma pedra no meio do caminho: Como os usuários narram sua trajetória	95
A fase da ambivalência	95
A fase da busca.....	98
A fase Luz no fim do túnel	102
O telhado da casa e o consórcio da moto: estratégias para pagar os medicamentos.....	110
Quem deve bancar? O Estado como o grande provedor	113
Não é para tanto: o direito dos outros e as prioridades do governo	115
Crer para ver: as dúvidas no caminho.....	120
Fim da linha?.....	124

CAPÍTULO 4

A AUSÊNCIA DE FILHOS É UM PROBLEMA DE SAÚDE? CONSTRUINDO OUTRAS LUZES NA BUSCA POR FILHOS.....	131
A produção do desejo de ter filhos: Juntando informação, calculando resultados	135
<i>Eu saí da consulta doidinha: fazendo sentido de números, percentuais e fórmulas</i>	135
<i>Eles inventaram um monte de coisas: dúvida e tensão na relação com médicos</i>	143
<i>Eles não explicam pra gente entender: linguagem médica e poder.....</i>	149
Descobrimo um problema: distanciamento e proximidade dos serviços de saúde.....	152
<i>O doutor perguntou se eu não queria ter um filho meu mesmo</i>	153
De como a biomedicina marca, mas não define os caminhos percorridos.....	160
<i>Eu acho que eu deveria ter ido ao médico: Sobre a diferença entre não ter filho e ter um problema de saúde.....</i>	160
<i>Eu já sofri muito: Sobre a possibilidade de viver sem as NTCs</i>	168

Outras formas de ser mãe: pegar para criar	175
<i>Não tem diferença, mas eu queria o meu</i>	182
Diversidade na experiência da ausência de filhos	188

CAPÍTULO 5

PRESSÕES QUE DEFINEM OPÇÕES BASEADAS NO GÊNERO	193
Gênero e biomedicina – O gênero da biomedicina	194
Na fila de espera: Os que acharam ver a luz no fim do túnel	201
De quem é o problema? Uma primeira disputa	202
Corpos masculinos (também) medicalizados	205
Afastando-se do hospital, mantendo a disputa	214
De quem é o desejo?	214
<i>Comigo está tudo bom: acusação e negociação</i>	218
Um dilema que vai além do casal: Pesando adoção contra <i>um filho de sangue</i>	225
<i>Dar um neto para meu pai</i>	225
Um filho fora do casamento – ou um blefe?	232
Tecnologias reprodutivas e crítica feminista: para além de anjos e demônios	237

CONSIDERAÇÕES FINAIS

POLÍTICAS DE SAÚDE E A REPRODUÇÃO DA DESIGUALDADE	245
Normalidade procriativa e biopolítica	245
Sangue e outras substâncias: reproduzindo o desejo de filhos	248
Reproduzindo filhos, acentuando desigualdades	254
REFERÊNCIAS	257
SOBRE O AUTOR	273

APRESENTAÇÃO

Em 2005, cheguei a Porto Alegre para realizar o doutorado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tinha em mente escrever uma tese sobre trabalho e masculinidades querendo aprofundar questões de pesquisas anteriores sobre homens desempregados e suas mulheres cuidadoras. O contato com uma literatura vibrante sobre ciência, tecnologia, gênero e reprodução no diálogo com Claudia Fonseca, minha orientadora, e colegas do NACi (Núcleo de Antropologia e Cidadania), no entanto, levou-me ao interesse pelos caminhos trilhados por pessoas na busca por um filho.

A pesquisa de campo que deu origem ao livro foi realizada entre os anos 2006 e 2008, em Porto Alegre, a partir de um hospital público que oferecia serviços gratuitos de reprodução assistida. Além de entrevistar profissionais médicos e fazer observações no hospital, trabalhei em bairros populares onde realizei entrevistas na casa de usuários dos serviços e também com outras famílias que resolveram sua “dificuldade em ter filhos” sem passar pelos serviços médicos.

Este trabalho só foi possível graças ao apoio do Programa Internacional de Bolsas de Pós-Graduação da Fundação Ford - coordenado, no Brasil, pela Fundação Carlos Chagas, tendo à frente a saudosa professora Fúlvia Rosemberg - e do CNPq. Agradeço aos colegas, professores e todos aqueles que colaboraram para a conclusão do curso e da pesquisa no PPGAS/UFRGS, particularmente à professora Claudia Fonseca e integrantes do NACi; aos colegas da Universidade Federal de Alagoas, em especial às integrantes do Mandacaru - Grupo de Pesquisa em Gênero, Saúde e Direitos Humanos, e da Universidade Federal da Paraíba, campi IV (Rio Tinto) e I (João Pessoa), sobretudo às integrantes do Grupessc - Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura, do Programa de Pós-Graduação em Antropologia.

Agradeço igualmente a toda a rede de profissionais em Porto Alegre que facilitaram o acesso às pessoas com quem conversei ao longo dos anos da pesquisa e ao apoio para que a produção deste livro se tornasse viável. Em especial, sou grato às mulheres e homens que generosamente compartilharam comigo suas trajetórias, seus desejos, suas dúvidas; tanto aquelas que estavam fazendo essa busca por filhos ao largo da Biomedicina, como aquelas que acreditavam que a Medicina aliada ao desenvolvimento tecnológico viabilizaria seu sonho de um filho de sangue. Junto a esse segundo grupo, por vezes, acabei sendo percebido como alguém que poderia trazer informações novas, ou ainda cuja pesquisa poderia de algum modo favorecer o alcance do sonho de ter um filho. Isto aumenta minha dívida com essas pessoas fundamentais para que eu tenha conseguido compreender os caminhos dessa busca.

Eu espero que o tom crítico da análise que desenvolvo sobre como a Biomedicina, o Estado, a mídia e a indústria farmacêutica coproduzem – junto a mulheres e homens – esse desejo de filhos não seja tomado com uma desvalorização dos projetos de vida que foram compartilhados comigo. Busquei, sobretudo, do ponto de vista da Antropologia, refletir sobre a produção desse desejo e a forma como os discursos sobre acesso a tecnologias reprodutivas podem servir eventualmente para reproduzir mais desigualdades.

A pesquisa foi concluída em 2009, e avalio que este tema continua sendo uma importante chave para pensar a sociedade brasileira em sua diversidade e desigualdade. Por esta razão, neste livro mantive a análise feita à época, fazendo atualizações pontuais. Apesar de todas as mudanças ocorridas em nossa sociedade nesse período, a parentalidade tem sua importância na definição de identidade de sujeitos diversos mais ou menos aproximados ao discurso de medicalização da reprodução.

Por exemplo, em maio de 2011 o Supremo Tribunal Federal declarou legal a união estável entre pessoas do mesmo sexo, e em 2013 o Conselho

Nacional de Justiça publicou uma resolução que permitiu o registro em cartório dos chamados casamentos homoafetivos. As regras para adoção regidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente não fazem referência a gênero, mas exigem que os adotantes sejam casados civilmente ou mantenham união estável. Dessa forma, certamente essas mudanças legais impactam na experiência da maternidade e da paternidade de muitas pessoas, como impactaram a desse autor. O desejo de filhos que à época da pesquisa era uma questão presente por meio da investigação acadêmica materializou-se em minha vida associada à mudança de estado civil nos últimos anos. Não se trata apenas de avaliar em que medida o fato de tornar-me pai traria novas questões ao debate, mas finalizo a apresentação em um tom confessional para incluir outra dimensão certamente relacionada às razões para trazer à tona este livro.

Além disto, a presente obra é finalizada quando o mundo atravessa uma pandemia que, entre tantas outras questões, coloca no centro do debate a discussão sobre a ciência e seus limites. O chamado que os estudos da ciência e da tecnologia vêm fazendo nas últimas décadas para ultrapassarmos uma compreensão moderna de ciência certamente ganha relevância nesse contexto. Nossa condição atual de incerteza e insegurança contrasta com a fé colocada na ciência e na inovação tecnológica que seguidamente ouvi de muitas pessoas. Ao mesmo tempo, este livro busca colocar lado a lado essa visão otimista e o ceticismo e as alternativas trazidas por outras pessoas. Reaprender a esperança para buscar alternativas é o desafio colocado agora para todos nós.

*João Pessoa, 19 de maio de 2020;
61º dia do isolamento social*

INTRODUÇÃO

– *Este problema, mulheres que não conseguem engravidar, não chega aqui pra gente, não. O problema aqui é filho demais!*

Ouvi repetidamente afirmações como esta quando comecei a frequentar as unidades básicas de saúde na periferia de Porto Alegre, com o propósito de compreender como se dava o acesso de mulheres e casais aos serviços de reprodução assistida. O pressuposto da afirmação de meus interlocutores, em tom de surpresa, era o de que os temas *dificuldade para engravidar, infertilidade, novas tecnologias reprodutivas*, entre outros, diziam respeito às camadas médias e altas e não aos pobres. Os dados sobre a queda da fecundidade no Brasil indicam que a tese do maior número de filhos entre aquela população atendida no serviço comunitário de saúde não se sustenta. No entanto, o que eu ouvia era que àquelas pessoas deveriam ser endereçadas as tecnologias para contracepção, para se evitar filhos.

Esta compreensão estava associada a uma visão mais ampla, compartilhada por parte de profissionais e usuários das tecnologias reprodutivas, de que estas seriam o desenvolvimento máximo da possibilidade de superação de dificuldades das pessoas na realização do sonho de ter um filho. Além da naturalização desse desejo, o desenvolvimento dessas técnicas associado a saber médico e mercado (FRANKLIN, 1997; CORRÊA, M., 2001; RAMIREZ, 2003) muitas vezes apresenta a ideia de que todos os casais ou indivíduos que não têm filhos passariam a incorporar essas técnicas como a saída definitiva para seus *problemas*. Sendo assim, a expansão desses serviços para a rede pública de saúde é geralmente saudada como uma forma de *ampliar o acesso* das pessoas a essa tecnologia. É possível indicar a sequência lógica desse raciocínio: a) as pessoas querem ter filhos; b) a ciência tem a saída;

c) muitas pessoas não têm dinheiro para pagar; d) é preciso *popularizar* o acesso, afinal as pessoas têm *direito* a um filho; e) e estão dispostas a *pagar o preço* para tanto.

A pesquisa que deu origem a este livro surgiu da preocupação de entender o que significa a disseminação dessas tecnologias de ponta em um país como o Brasil, marcado pela desigualdade socioeconômica e por um discurso constante sobre essa desigualdade. O ponto de partida dessa inquietação foi a referência à existência de serviços em diferentes estados brasileiros disponíveis na rede pública de saúde sob o argumento de popularização dessas técnicas para todos. Interessava-me perceber como a própria instalação desse serviço em uma imbricação de vozes, interesses e sujeitos configura e redimensiona a questão sobre o desejo de filhos e a emergência de uma política pública nesse campo. Ou seja, o discurso de popularização da reprodução assistida poderia estar, ao mesmo tempo, instituindo e alimentando esse desejo - de formas mais ou menos diretas.

Embora a pesquisa tenha sido concluída há uma década, existem evidências de que as questões centrais enunciadas permanecem atuais, particularmente com relação ao alcance das iniciativas de ampliação de acesso na rede pública e em centros de pesquisa (cf ALFANO, 2014; SOUZA, 2014). No momento em que a pesquisa que originou esse livro era concluída, 2009, o então ministro da saúde José Gomes Temporão anunciou nove parcerias público-privadas (PPPs) entre laboratórios oficiais e indústrias farmacêuticas com o objetivo de poupar recursos em compras realizadas pelo governo brasileiro para cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas parcerias foram definidas tendo por base a portaria 978 do Ministério da Saúde de maio de 2008 que dispunha sobre lista de produtos estratégicos, no âmbito do SUS, com a finalidade de colaborar com o desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde. As principais consequências previstas pelas PPPs seriam a redução das importações e a reconstrução do parque industrial de fármacos.

Na lista dos 24 insumos a serem fabricados no Brasil estão fármacos para tratamento de pacientes portadores do vírus HIV, tuberculose, asma, hemofilia, psicoses, produtos que reduzem colesterol, contraceptivos e imunossupressores usados em terapias para pacientes transplantados (GALVÃO, 2009). Não havia qualquer referência aos medicamentos relacionados às tecnologias reprodutivas conceptivas que são produzidos por apenas dois laboratórios mundialmente. Desde então, reiteradamente, são veiculadas notícias de que as pessoas que querem ter filhos e não podem arcar com os custos terão os serviços de inseminação artificial custeados pelo SUS¹. Igualmente, expectativas de que os planos de saúde passarão a arcar com os custos desses procedimentos não se efetivam.

Esses episódios nos sugerem algumas questões. O que significa o fato de os insumos para a *fabricação de bebês* (RAMIREZ, 2003) não estarem na lista de prioridades governamentais? Como se sustentaria o argumento de médicos e da indústria farmacêutica - sobre a urgência e a inevitabilidade do uso dessas tecnologias - para quem a **infertilidade** é um problema de saúde que precisa ser remediado? A infertilidade não entra na lista dos **problemas de saúde** básicos? Qual o papel do Estado entre os agentes da defesa do **direito** das pessoas a terem um filho? O que a crise de financiamento da saúde tem a ver com isso? Como as pessoas que recorrem ou não a essas técnicas participam também da construção desse campo marcado pela desigualdade entre os que podem pagar e os que não podem?

Para dar conta desses questionamentos, a estratégia inicial da pesquisa foi analisar o cenário de desigualdade objetiva e percebida no Brasil a partir de um contexto específico - a oferta de um serviço de Reprodução Assistida (RA) em um hospital do setor público em Porto Alegre. Buscava aí compreender como um serviço voltado para as classes altas é disseminado para outros estratos da sociedade.

1 SUS poderá oferecer reprodução assistida. **Zero Hora**, Porto Alegre, 11 Jun. 2008.

A fase de pesquisa no hospital foi de perplexidade, sobretudo pela percepção das estratégias utilizadas pelas pessoas para chegarem até o serviço. A impressão inicial era de que estava diante de um serviço de segunda categoria – em comparação à rede privada – sendo oferecido aos *pobres* no hospital da rede pública. No entanto, algumas perguntas começavam a ganhar destaque e me ajudaram a contextualizar as primeiras impressões produzidas. Comecei a me questionar se o que ouvia daquelas pessoas no hospital, submetidas às regras da biomedicina e dispostas a ir *até o fim* com os tratamentos para conseguirem ter um filho, não se dava porque eu estava, até então, em contato com esse grupo de pessoas que chegou até o serviço, os mais medicalizados, com o qual estamos trabalhando. O que poderíamos ouvir se fôssemos conversar com os que não chegaram a procurar esse tipo de serviço? Além disso, poderíamos estar diante das limitações postas pelo tipo de fala possível no contexto médico-hospitalar, que poderiam ser narrativas diferentes daquelas acionadas em outros contextos.

Naquele momento, o que me parecia mais importante era perceber como a conexão entre o SUS, o mercado que alimenta o desenvolvimento das clínicas privadas, a demanda pelo serviço por parte dos usuários e os demais sujeitos na produção dessa demanda, como a mídia e o direito, acabavam por conformar uma rede de sujeitos que coproduzem (JASANOFF, 2004) esses serviços. Buscava, assim, acrescentar ao debate sobre tecnologias reprodutivas como a lógica de sua disseminação se apresentava no desenvolvimento de um discurso sobre o acesso das classes populares a esses serviços. Embora fosse um hospital o lócus da observação naquele momento, sempre esteve claro que se faria necessário atentar para um cenário mais amplo em que um conjunto complexo de fatores se cruzam na definição e crescimento desse serviço no Brasil. Nesse cenário se conectam, por exemplo, mercado global, serviço de saúde, produção científica e *desejo de filhos*.

Com a ampliação da investigação etnográfica em diferentes contextos, para além do hospital, a pesquisa passou a refletir de forma mais geral sobre como sujeitos de diferentes inserções socioeconômicas têm vivenciado o projeto de *ter um filho*. Partindo da compreensão de que o desejo de ser mãe ou pai não é algo dado, mas construído socialmente, a pesquisa buscou mapear como esse desejo tem sido expresso e quais têm sido as alternativas criadas para sua consecução quando do enfrentamento da *dificuldade para ter filho*. A reflexão sobre esse desejo e sua satisfação ou frustração pressupõe que o sofrimento gerado pela *ausência de filhos* só surge na medida da estimulação desse desejo e, nesse sentido, a noção médica de *infertilidade* não é suficiente para dar conta da questão que ia se construindo. Além disso, as perguntas para essas inquietações não poderiam ser buscadas apenas no contexto da biomedicina, como já se tinha imaginado no início da pesquisa. Estava presente aí também uma percepção da forma como a relação entre a produção do conhecimento científico com essas dimensões precisava ser problematizada.

Ciência, Reprodução e Mercado Globais: produzindo deslocamentos

A antropologia se constituiu enquanto uma problematização da unilateralidade do conhecimento científico ocidental, chamando a atenção para o perigo de um discurso totalizador sobre os outros povos, outras culturas. Contudo, apesar da crítica sempre presente no desenvolvimento dessa disciplina, por muito tempo não foi feita uma crítica correspondente ao modelo de ciência empregado e à forma como as afirmações da antropologia estavam sendo construídas. Laura Nader (1996) analisa esta questão ao chamar atenção para o fato, por exemplo, da forma como Malinowski desenvolve sua teoria sobre o conhecimento humano. Segundo a autora, embora tenha significado um avanço a afirmação malinowskiana de que todas as culturas teriam magia, religião e ciência,

ao contrário do que defendiam os evolucionistas, seu argumento tem apenas uma direção – analisar a lógica e o sentido da magia e da religião para povos específicos – não considerando a ciência como passível da mesma relativização. É feita uma defesa da lógica interna da religião e da magia, mas não se questionam as mesmas dimensões culturais da ciência que continuaria sendo percebida como verdade transcultural.

Alguns autores têm sido centrais para uma mudança na forma de lidar com essa questão, como, por exemplo, Bruno Latour e Donna Haraway. De suas perspectivas, há uma questão a mais em jogo, para além de um mero relativismo. Não se trata apenas de dizer que a ciência é uma forma de conhecimento parcial e que existem diversas outras formas de conhecimento como têm feito várias disciplinas que se dedicam a refletir sobre a produção do conhecimento. Para estes autores, a própria forma de elaborar o conhecimento e de perceber a ciência precisa ser problematizada. Não há uma ciência separada daquilo que se quer compreender, assim como não há um pesquisador separado daquele contexto que se quer observar.

Para Latour (1999) o relativismo não é a “incomensurabilidade dos pontos de vista” nem um niilismo ou um relativismo barato pelo qual os antropólogos são às vezes criticados alimentando a ideia de anti-relativismo. Ele chama a atenção para o fato de que mesmo a *realidade* estudada em laboratório é criada. O observador está sempre posicionado e sendo observado. Para Latour, conhecer algo do ponto de vista epistemológico é pensá-lo como inseparável da moral e da política. Se a necessidade de conhecer tem sido classicamente acompanhada pela necessidade de controlar a natureza *anárquica*, Latour propõe romper a cadeia de dominação que o conhecimento gera. Para tanto, é preciso perder o medo de “não dominar a realidade”. Aliás, apenas aqueles que acreditaram ou acreditam que a realidade é algo separado do “olho que vê” podem percebê-la como sendo algo a ser “dominado”.

Essa problematização da ciência apoiada numa divisão entre sujeito e objeto, externo e interno, natureza e cultura está presente também na reflexão de Donna Haraway que não propõe uma saída definitiva e tranquila, mas um exercício de não fugir às contradições e desafios da produção do conhecimento. Ao mesmo tempo em que critica, também se identifica com a divisão do mundo em nós e eles, pois, segundo ela, eu não ‘descubro’ ou ‘crio’ o objeto, eu ‘converso’ com ele. Fazendo uma crítica do relativismo simplista, entende que o relativismo é o outro lado da moeda do olhar totalizador: “O relativismo e a totalização são, ambos, ‘truques de Deus’, prometendo, igualmente e inteiramente, visão de toda parte e de lugar nenhum, mitos comuns na retórica em torno da Ciência” (HARAWAY, 1995, p. 24). Opõe-se a um construcionismo radical – pois tudo é uma questão de poder, não de verdade e é “na política e na epistemologia das perspectivas parciais que está a possibilidade de uma crítica objetiva, firme e racional” (HARAWAY, 1995, p. 24).

A reflexão que perpassa toda esta pesquisa dialoga com um conjunto de pesquisadoras e pesquisadores que, além de estarem preocupadas com uma reflexão do estatuto da produção científica nesse contexto, consideram também que as Novas Tecnologias Conceptivas (NTCs)² ampliam o foco em relação às abordagens antropológicas clássicas sobre reprodução. Desta perspectiva, focam-se muito além das especificidades culturais na medida em que somos obrigados a uma análise das desigualdades transnacionais na qual a reprodução é uma das dimensões presentes (GINSBURG; RAPP, 1995; BALEN; INHORN, 2002). Nesta mesma direção, atenta-se para os paralelos entre o modo capitalista de produção

2 Opto pelo uso da expressão Novas Tecnologias Conceptivas (NTCs) em vez de Novas Tecnologias Reprodutivas (NTRs). Embora NTR seja a expressão mais disseminada, ao menos na produção de pesquisadoras feministas americanas e europeias e também no Brasil, essa opção refere-se a que NTRs podem ser entendidas como um conjunto maior que engloba não apenas as técnicas de reprodução assistida, mas também as formas de contracepção.

e o que Charis Thompson chama de modo biomédico de reprodução, salientando que “as tecnologias reprodutivas artificiais representam um aspecto de uma tendência crescente das pessoas em transformar problemas sociais em questões biomédicas” (THOMPSON, 2005, p. 11). Essa perspectiva dialoga com a noção de biopoder atualizada por Paul Rabinow e Nikolas Rose (2006) a partir de Foucault enquanto tentativas mais ou menos racionalizadas de intervir sobre as características vitais da existência humana, em que se articulam autoridade, conhecimento e modos de subjetivação (RABINOW; ROSE, 2006, p. 37).

Estamos falando de implicações que extrapolam o nível local onde os casos problematizados estão sendo acompanhados e exigem uma reflexão sobre as chamadas conexões globais. Essa perspectiva nos ajudará a entender, por exemplo, a definição da política de saúde no Brasil que traz a marca dessas várias dimensões. No entanto, pensar essas conexões de produção das práticas implica em mais do que a descrição de um processo inevitável, como muitas vezes a globalização é pensada. Concordando com a agenda metodológica proposta por Aihwa Ong e Stephen Collier (2005), a globalização passa a ser vista como uma possibilidade analítica a partir da noção de *global assemblages*, entendida enquanto as *montagens* situadas em circunstâncias concretas dessas formas *globais* (ONG; COLLIER, 2005, p. 11). Nesse sentido, ao falarmos da prática dos sujeitos envolvidos nessas montagens estaremos nos referindo a algo que pode ser observado, mas não apenas isso. *Global assemblages* remeteria a “séries de conjuntos de interações entre pesquisadores, pensamentos, instrumentos, recursos e outros elementos de redes biomédicas” (ONG; COLLIER, 2005, p. 8).

Embora as NTCs não tenham o alcance em termos populacionais que outras intervenções, como, por exemplo, o planejamento familiar, a reflexão sobre os efeitos de sua emergência e disseminação devem dar conta de mudanças ocorridas não apenas em termos concretos no nível

dos corpos, mas na própria noção de cultura. Partindo da proposta de Marilyn Strathern (1992; 1995), para quem a noção de cultura é entendida por sua capacidade de fazer classificações, conexões e associações, as NTCs geram efeitos pela conexão entre natural/artificial, orgânico/inorgânico. Segundo Strathern, quando são feitas associações de domínios diferentes, isto altera ambos os domínios e suas classificações, ou seja, estabelece-se um deslocamento (*displacement*), significando que “as ideias que reproduzimos *nunca se reproduzem da mesma forma*” (STRATHERN, 1992, p. 6). Esta interpretação não é feita apenas a partir de uma percepção de como tais questões se apresentam nas falas dos sujeitos. Para Strathern, esta deve articular-se a uma atenção ao desenvolvimento das sociedades contemporâneas onde não é possível fugir ao domínio do consumo no qual a ideia de desejo e direito a uma criança provoca deslocamentos na ideia da escolha. Em sociedades como a nossa, baseadas no mercado e no consumo, o foco sai do que é produzido para satisfazer determinadas necessidades dos indivíduos, passando-se à ideia de que se produzem essas mesmas necessidades, frente às quais não se pode dizer não.

Para além das mudanças no campo reprodutivo, nas relações de parentesco e gênero (STRATHERN, 1992, 1995; THOMPSON, 2005), as inovações tecnológicas podem produzir efeitos materiais como o “enaltecimento do progresso científico e tecnológico ligado à ideia de bem estar, a importância do desejo de reprodução e à demarcação de limites à manipulação da vida humana” (RAMIREZ, 2003: 06). Está presente aí a lógica de consumo biotecnológico e de mercantilização da produção da vida, apoiada na noção de progresso científico como um valor em si, ideia desenvolvida por Sarah Franklin (1997).

Sheila Jasanoff, ao analisar os estilos nacionais de regulação e a forma como importantes estados (Estados Unidos, Inglaterra e Alemanha) têm dado atenção às questões de biotecnologia, destaca:

Todos os três estados haviam selecionado a biotecnologia como um instrumento para fazer avançar a competitividade econômica e a saúde humana e todos haviam feito investimentos públicos substanciais na pesquisa biomédica. Em cada um deles, um setor farmacêutico vigoroso se prontificou a traduzir as descobertas científicas em tratamentos lucrativos para a infertilidade, câncer e várias enfermidades hereditárias (JASANOFF, 2005, p. 146.)

Trata-se de considerar como a conexão entre produção científica e o desenvolvimento da biotecnologia tem sido marcada pela relação com o mercado, significando parte importante das questões que esta pesquisa aborda. Como afirma Martha Ramirez, a “mídia, a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, profissionais de medicina e donos de capital se conectam na configuração de um campo que tornam a família consangüínea um lucrativo negócio” (2003, p. 112). Sendo assim, é necessário perceber como valores tradicionais *sagrados* da maternidade têm se articulado com comodificação capitalista, conforme abordado por Janelle Taylor e Danielle Wozniak que tensionam o tabu ainda existente para se tratar diretamente dessa relação cada vez mais presente sob a égide das tecnologias reprodutivas (TAYLOR; WOZNIAK, 2004, p. 12).

A despeito da perspectiva crítica assumida em relação ao discurso das tecnologias reprodutivas como única saída para aplacar o sofrimento de casais, não se quer aqui adotar uma postura de oposição total às tecnologias como aparece em parte da literatura e do ativismo político. Charis Thompson (2005) destaca que o campo da infertilidade tem se mantido e construído de forma controversa e tensa dentro dos estudos feministas, no contexto americano. A autora demarca uma divisão entre duas fases das produções feministas em tecnologias reprodutivas e infertilidade – uma primeira de 1984 a 1991 e uma segunda fase de 1992 a 2001. De acordo com Thompson, a primeira fase foi marcada pelo pessimismo em relação a qualquer tipo de tecnologia, em que acadêmicas

e ativistas feministas denunciavam as conexões entre eugenia, medicina e controle da reprodução a partir do corpo das mulheres. Por sua vez, em um segundo momento, a perspectiva de completa objeção começa a ser nuançada a partir, por exemplo, da voz das mulheres inférteis e de suas experiências e eventual sofrimento ao buscarem as novas tecnologias; a transformação do pensamento acadêmico feminista e do estudo antropológico do parentesco e a ampliação e complexificação do problema, percebendo-se a passagem da certeza moral que caracterizava a primeira fase a uma ambivalência moral (THOMPSON, 2005, p. 71).

Comentando essa periodização e inserindo-a numa discussão mais ampla a respeito dos estudos sobre ciência e tecnologia e sua relação com os estudos sobre família, Claudia Fonseca aponta que essas pesquisas, imbuídas de uma nova perspectiva, na qual “os estudiosos tentam entender as implicações políticas e sociais da tecnologia sem julgamentos *a priori*” serão marcadas por um posicionamento diferenciado:

Nessa literatura, a tecnologia não é mais vista como algo “de fora” agindo “sobre” o cultural ou social, mas como algo constitutivo do humano. Assim, quer se trate de intervenções médicas, meios de transporte e de comunicação, categorias de conhecimento científico ou estratégias de governança, as tecnologias que perpassam a vida familiar não são mais apresentadas como reflexo passivo de algum contexto agindo “sobre” ela. Essas tecnologias aparecem, agora, como co-produtoras do contexto e, assim, das “novas” formas familiares (FONSECA, 2007, p. 28).

A perspectiva é que o posicionamento de crítica, fundamental, não deve considerar a tecnologia como algo *de fora* a ser rejeitado ou incorporado. Na perspectiva dos estudos sobre ciência e tecnologia (cf HARAWAY, 1991; LATOUR, 1994), as tecnologias são entendidas como objetos não-humanos que têm *agência*. Elas não agem *sobre* alguma outra realidade, mas interagem e produzem esses contextos.

Analisando a configuração e expansão do uso das NTCs³, Marilena Corrêa (2001) demonstra como essa se consolidou nos anos 90 no contexto da “mercantilização da saúde” no Brasil: processo pelo qual a atenção médica se converteu em uma mercadoria que é submetida às regras de produção, financiamento e distribuição de tipo capitalista. A autora situa a reprodução assistida como um exemplo dessa mudança, pois foi introduzida no Brasil pela iniciativa de grupos de especialistas em reprodução humana, no exercício da medicina privada em sua articulação com especialistas internacionalmente reconhecidos. Nesse contexto, chama a atenção para o processo de medicalização social e como a reprodução no contexto das tecnologias reprodutivas torna-se um objeto privilegiado do saber médico. A medicalização é por ela definida como:

[...] a forma pela qual a continuada evolução tecnológica vem modificando a prática da medicina por meio de inovações na área de métodos diagnósticos e terapêuticos, da indústria farmacêutica, de equipamentos médicos, evoluções que têm como corolário um aumento exagerado no consumo de atos médicos e notadamente de medicamentos (CORRÊA, M. 2001, p. 23)

Por todas essas questões, debater as conexões entre técnica, reprodução, ciência e a formulação de políticas públicas demanda a superação da visão da ciência enquanto um domínio autônomo, na qual seria possível se pensar na separação entre fato e valor. No lugar disso, investe-se na noção de que existem diversas dimensões que se constroem no processo que Jasanoff (2004) chama de coprodução. Isto requer uma outra percepção dos diversos sujeitos envolvidos nessa produção e de como, nesse processo, diferentes responsabilidades são

3 O processo de introdução e difusão das NTCs no Brasil e seu impacto foi abordado em outros trabalhos, por exemplo, os de Rosana Barbosa (1999) e Martha Ramirez (2003). Para um panorama dessa produção, ver Porto (2003)

partilhadas, inclusive pelo pesquisador e, no caso da reprodução assistida, pelos profissionais que oferecem esses serviços. A visão aqui defendida participa da compreensão de Claudia Fonseca que sugere que uma visão baseada em fronteiras demarcadas claramente entre ciência e o contexto mais amplo em que esta se desenvolve teria o efeito contrário do que os pesquisadores da ciência propõem estimular: “Em vez de esclarecer atribuições morais, a idealização de diferentes territórios torna mais fácil os cientistas, como, aliás, quase todas as demais categorias de indivíduos, a se eximirem de responsabilidade” (FONSECA, 2007, p. 180).

Produzir conhecimento nesse campo é assumido por mim como um chamado a essa tomada de responsabilidade – minha enquanto pesquisador e de todos os sujeitos envolvidos nesse processo. Ao mesmo tempo em que parto do que observei e das conversas de que participei, as questões enfocadas neste livro trazem inevitavelmente a marca de como um universo que era desconhecido para mim vai se descortinando: O objeto foi construído no passo dessa observação e essa *descoberta* de meu objeto é ao mesmo tempo uma produção narrativa sobre ele. Minhas dúvidas e perplexidade orientam os elementos que são aqui problematizados, onde meu olhar quer fugir ao *truque de Deus* denunciado por Donna Haraway. Esse olhar não é passivo, mas não é também capaz de ver e explicar tudo: “A alternativa ao relativismo são saberes parciais, localizáveis, críticos apoiados na possibilidade de redes de conexão, chamadas de solidariedade em política e de conversas compartilhadas em epistemologia” (HARAWAY, 1995, p. 23). É essa posição parcial e localizada que confere, no fim das contas, objetividade, segundo Haraway. Por acreditar que a ciência é construída nesse jogo e que não há receita pronta para a mesma, ainda concordando com Haraway, assumo o *olhar situado* do pesquisador, o eu dividido (*split self*) e contraditório (HARAWAY, 1995, p. 26).

Onde estaria a especificidade? O debate sobre a cultura e o popular no Brasil

Levar em conta esse ponto de vista posicionado e de partilha de responsabilidades na construção do conhecimento coloca a necessidade de considerar outro debate, controverso, nas Ciências Sociais, sobre a constituição de universos específicos que remetem às opções de usos de noções como *camadas populares* ou *classes populares*. Pelo fato de discutir a possibilidade de perceber as diferenças na forma de se colocar frente à *ausência de filhos*, neste livro enfrento as dificuldades de se precisar os termos dessa distinção. Sobre esse debate, Luiz Fernando Dias Duarte afirma:

Embora se apresente com a força da evidência etnográfica recorrente, a distância entre aqueles dois pólos sociologicamente ancorados nunca é facilmente mensurável. Tampouco se encontra critério unânime para delinear as fronteiras, as zonas de transição entre os dois grupos. [...] O que é um convite à renovação de uma discussão (DUARTE, 1996, p.14)

Minhas *evidências etnográficas* me levam a um posicionamento nesse debate, a favor do reconhecimento dessas especificidades sem advogar uma substantivação da diferença. Isso decorre da compreensão de que essas possíveis diferenças longe de serem uma característica inerente ao sujeito é construída na interação ao longo dos anos.

A recusa à substantivação dessa diferença remete ao fato de que, mesmo reconhecendo a possibilidade de identificar práticas associadas a grupos classificados como populares na análise, estarei dialogando com uma noção de popular que extrapola essa equação. Ao analisar as formas como o popular tem sido delimitado e substancializado em grupos ou espaços específicos, Michel De Certeau (1996) defende o que é popular como aquilo que é cotidiano, aquilo que é ordinário na vida de todas as

sociedades. De seu ponto de vista, não é possível aprisionar o popular em um grupo específico ou em uma zona típica, sob pena de perdermos a complexidade de suas dinâmicas e caracterizarmos o popular como sendo uma especificidade de um grupo concreto. Esta operação retira as práticas de seu contexto e não alcançam o sentido das ações. Metodologicamente, o autor quer pensar o popular a partir de ações concretas realizadas por sujeitos sociais que são seus autores ou veículos. Essas ações, que são o popular, situam-se em um conjunto de possibilidades, que podem ser utilizadas pelos sujeitos e obedecem a regras: “Noutras palavras deve haver uma lógica destas práticas” (DE CERTEAU, 1996, p. 42).

Ao introduzir essa compreensão, a intenção de fundo é apresentar as bases sobre as quais se buscou desenvolver certo jeito de fazer antropologia, centrado na prática (ORTNER, 1994). Sem querer estar preso a um modelo exaustivo, posso dizer que se busca nesse livro partilhar algumas das orientações centrais dessa formulação de uma *antropologia da prática*. A importância dessa orientação está relacionada a sua capacidade de articular os conceitos de cultura, poder e história e considerá-los em novos termos. Sem negar as críticas ao conceito de cultura e a tendência a tratá-la como algo *contido* pelas pessoas conforme postulado pelo funcionalismo – partilhada pelos membros de um grupo, durável no tempo e sistêmica –, a antropologia da prática buscará pensá-la como *múltiplos discursos coexistindo em dinâmicos campos de interação e conflito* (ABU-LUGHOD, 1991; TURNER, 1994), onde, em uma perspectiva reflexiva, ponha-se em questão o lugar, as categorias do próprio etnógrafo. Um conceito de cultura em que se dê menos ênfase ao *sistema* cultural e mais à *construção de sentido* (*meaning-making*) e onde a análise cultural esteja associada a processos sociais e políticos (ORTNER, 1999, p. 8-9).

A partir dessa percepção, é importante marcar que as conclusões a que fui chegando neste livro têm a ver com momentos diferenciados

não apenas de minha inserção em campo, como das trajetórias de pessoas destacando formas distintas de lidar com a *ausência de filhos*. Será preciso fazer um exercício de destacar, em um primeiro momento, a forma como a experiência de contato de mulheres com a medicina gera formas diferentes de encarar a reprodução assistida e como a percepção do sofrimento vivido leva ao abandono da possibilidade de uso desse recurso para ter um filho. Um segundo exercício de análise aborda a experiência de pessoas que identificam a falta de filhos e consideram que essa ausência pode estar relacionada com problemas de saúde. No entanto, a forma como narram suas trajetórias não evidencia uma transformação automática dessa *suspeita* em uma busca por tratamento. Para o conjunto dessas experiências defendo a ideia de que, buscando ou não o serviço de saúde, há uma forma peculiar de considerar a ausência de filhos e a possibilidade de busca de outros recursos, particularmente a adoção. Isto sugere que a procura por *tratamento*, identificado ou não como o conjunto das NTCs, não implica necessariamente a busca inequívoca por um filho de *seu próprio sangue*. Ou, dito de outra forma, a referência ao desejo de um *filho de sangue* não faz todas as pessoas recorrerem a todos os meios que se apresentarem como disponíveis para isso.

A pesquisa que dá base a este livro resultou originalmente em tese de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para a sistematização dos argumentos enunciados nesta introdução, o livro está organizado em capítulos como se segue.

O capítulo 1 relaciona a discussão sobre o desejo de filhos à definição da política de atenção à saúde no Brasil. Discutindo os pressupostos do SUS e seus desafios de aplicação cotidiana, pretende-se fazer, por um lado, uma reflexão sobre o que os anos 90 no Brasil significaram em termos de consolidação do SUS e particularmente a instalação do Programa de

Saúde da Família (PSF). Por outro, o processo de mercantilização da saúde e a disseminação da Reprodução Assistida (RA) no Brasil, espaço aberto pela iniciativa privada. Processos aparentemente contraditórios ou ao menos muito distintos, mas que coincidem em marcar a presença da biomedicina no cotidiano das pessoas no Brasil. O eixo do capítulo será como tem se desenvolvido o uso da noção de acesso – em seus diversos sentidos e por diversos atores – aos serviços de saúde e o discurso de popularização da reprodução assistida no Brasil.

Na sequência, no segundo capítulo, detalharei os caminhos percorridos no desenvolvimento da pesquisa e a forma como as questões centrais do livro foram mudando ou se ajustando a partir de diferentes eventos. Ao fazer isto, apresentarei também, os principais interlocutores em campo e as opções teóricas e metodológicas assumidas que viabilizaram a emergência e o tratamento das questões trazidas aqui. O mais importante nesse momento será explicitar como os contornos assumidos pela pesquisa de campo propiciaram a emergência de questões que começaram a colocar em suspeita os pressupostos de via de mão única na busca pelos serviços de reprodução assistida. Duas situações etnográficas distintas – um hospital e os postos de saúde – permitiram o contato com situações específicas que serão explicitadas nos dois capítulos seguintes.

O capítulo três descreve as trajetórias definidas pela biomedicina, percorridas por aquelas pessoas que se depararam com a impossibilidade de ter um filho *biológico*. Nele, apresento as etapas dessa trajetória médica enfatizando como, para essas pessoas que não são o público das clínicas privadas de reprodução assistida, os constrangimentos financeiros são apresentados como sendo a maior dificuldade. Nesse sentido, a descoberta da existência de um serviço que seria financiado pelo SUS passa a ser visto por essas pessoas como *uma luz no fim do túnel*. O capítulo enfatiza os processos pelos quais se constrói a crença nessa possibilidade.

Por sua vez, o capítulo quatro tem por base principalmente as questões elaboradas a partir do contato com pessoas identificadas na segunda fase da pesquisa – nos postos comunitários de saúde. Esse capítulo questiona o discurso que considera inevitável o recurso das pessoas à reprodução assistida. Embora não sejam pensados como grupos distintos, argumento que a referência ao desejo de filho biológico não implica numa submissão direta ao discurso biomédico como forma de resolução de um *problema de saúde*. Apontarei como esse discurso, se tomado por óbvio, não permite ver os caminhos diferenciados que as pessoas têm construído para enfrentar aparentemente um mesmo problema – a infertilidade. O capítulo apresentará como outro conjunto de mulheres e casais lida de forma diferente com a questão. Serão apresentadas possíveis chaves de compreensão para o que distinguiria essas pessoas das analisadas no capítulo anterior, tais como classe, tipo de acesso ao serviço, experiência de adoção e circulação de crianças. Além disso, perpassa o capítulo uma reflexão como nessas trajetórias a lógica e a dinâmica do discurso da biomedicina vão sendo incorporadas – ou não – pelos usuários. Discorrerei sobre como a ideia de ciência e tecnologia, avanço científico e tecnológico é vivenciada na dinâmica da busca pelo serviço, destacando quais são os maiores conflitos e dificuldades na assimilação dessa realidade e sobre como é feita a avaliação das possibilidades de sucesso, as noções e conhecimentos que se tem acerca dos procedimentos e dilemas associados.

Após focar as diferenças percebidas a partir dessas duas situações, o capítulo 5 prossegue no exercício de perceber o conjunto articulado de fatores que estão associados na coprodução do desejo de filhos. O objetivo é perceber como esses fatores se expressam no âmbito das relações conjugais e familiares. Para isso, importa observar se haveria uma diferença na forma como homens e mulheres expressariam o desejo de filhos e os possíveis contextos que viabilizariam uma maior

explicitação desse desejo. Por exemplo, como as redes de parentesco e vizinhança participam da definição desse desejo e da busca ou não por sua realização? Perceber como a dimensão do gênero está presente no desejo de filhos demandará uma abordagem que extrapole o nível das relações conjugais. Para tanto, faz-se necessário, entre outras questões, explicitar como a estrutura do serviço de saúde está organizada tendo como foco os corpos das mulheres e determinadas questões consideradas como femininas. Na medida em que chamarei a atenção para a forma como os homens estão implicados nesse processo, pretendo dizer não apenas que os homens também sofrem e estão expostos, nem que mais medicalização masculina equacionaria a assimetria de gênero, mas perceber como um conjunto mais geral de elementos, para além das vontades individuais de homens e mulheres, constitui esse complexo a que mulheres e homens se submetem. No entanto, fazendo eco ao que foi discutido nos dois capítulos anteriores, submetem-se de formas diferentes, de acordo com os elementos discutidos naqueles capítulos.

CAPÍTULO I

DESEJO DE FILHOS, POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E OS DISCURSOS SOBRE O ACESSO A SERVIÇOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Este é um livro sobre Saúde, Reprodução e Desigualdade. As *Novas Tecnologias Reprodutivas* são tomadas como uma chave para analisar a inter-relação entre esses domínios. Interesse-me pelos paradoxos envolvidos na constituição de um serviço de saúde pública que, construído como sendo universal, integral e equânime, lida, ao mesmo tempo, com um contexto de grande desigualdade socioeconômica, servindo eventualmente de espaço para a reprodução da desigualdade.

Como muitos autores já indicaram, a reforma do sistema de saúde brasileiro (com a Constituinte de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde em 1990) foi marcado pela ação e propostas do movimento sanitaria ao longo do tempo (ESCOREL et al, 2006). Outros autores, sem negarem essa importante força, apontam os demais atores presentes nesse processo, no qual se destacam o próprio estado brasileiro com suas opções políticas desde os anos 60, agências internacionais como a Organização das Nações Unidas, a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, e os empresários e

profissionais de saúde interessados em ocupar a vaga não preenchida pelo sistema de saúde em seu projeto de universalidade (GERSHMAN; SANTOS, 2006; MENICUCCI, 2007).

Fazer esse tipo de análise não obscurece as vantagens do novo sistema. O SUS emerge como crítica e contraponto a uma tendência marcante do sistema anterior – seu caráter *hospitalocêntrico*. Nesse sentido, não se pode negar o seu caráter inovador – com foco na prevenção, descentralização e uma expectativa de participação popular associados aos três princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade. Entretanto, como tentaremos mostrar ao longo deste livro, essas metas não são fáceis de operacionalizar – nem nos debates (onde dificilmente alcança um consenso), nem na prática.

O panorama que será traçado aqui, na primeira parte do capítulo, não pretende ser exaustivo. Focarei, numa segunda parte desse capítulo, como os temas mais afeitos ao campo da reprodução e da saúde reprodutiva vêm sendo tratados nos últimos anos, no passo dessas mudanças. Seria equivocado desvincular o processo local do movimento mais geral de foco na *população* e na *família* nos países em desenvolvimento e, nesses, nas parcelas mais pobres da população a partir dos anos 60 do século passado.

A definição do SUS – ou ao menos a definição de seus programas centrais – tem a ver com a conjuntura internacional mais geral e a preocupação com a família, sendo os temas da contracepção, da maternidade e da mortalidade infantil, centrais nessa trajetória. Por essa razão é que também se quer refletir como o tema da saúde reprodutiva – pensado inicialmente como a saúde das mulheres – esteve presente ao longo da constituição da política de assistência à saúde. Como a *dificuldade para engravidar* e, junto com ela, a *infertilidade* entram nessa agenda?

Desse conjunto de questões se faz importante destacar um outro movimento: Como se apresenta o discurso sobre acesso e popularização

das NTCs e a automática compreensão de que o Estado deveria bancar seus gastos? Em 2005, o então Ministro da Saúde Humberto Costa, instituiu no SUS, por via de portarias, a denominada “Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida”. Como essa decisão se relaciona ou colide com os pressupostos do SUS? Como os vários anúncios frustrados desde então sobre Reprodução Assistida no SUS esbarram nas limitações de recursos previstos e tem a ver com a chamada crise de financiamento do sistema?

Para a abordagem de todas essas questões se faz necessária a discussão de qual é a compreensão de acesso ao sistema de saúde que está em jogo. Quais as implicações do uso corriqueiro do acesso traduzido numa noção genérica de que se deve ter *acesso a tudo que está disponível*? A lógica do direito do consumidor estaria sendo partilhada por aqueles que usam os serviços públicos de saúde e os que defendem a universalização de todos os serviços disponíveis no mercado? Quais seriam as possíveis implicações dessa lógica levada às últimas consequências no cenário de expansão de um sistema de saúde que se pretende universal? Como se alinham e colidem demandas coletivas e individuais? Como se caracterizaria a origem dessas demandas? A garantia constitucional de que saúde é um “direito do cidadão e um dever do Estado” seria suficiente para legitimar essas demandas?

Essa noção de acesso tem a ver ainda com a questão de como o SUS é representado pela população em geral, incluídos aí seus usuários, aqueles que não o usam, bem como os que dele fazem *uso seletivo*. Como esse processo de definição das políticas e sua aplicação no cotidiano são percebidos pelos sujeitos em sua trajetória pelos serviços de saúde? Interessa perceber o SUS na prática: como os sujeitos da pesquisa representam, o que esperam e como avaliam o setor público em comparação com o setor privado?

O objetivo mais ao fim disso tudo é podermos nos perguntar: quais são os argumentos quanto à viabilidade de uma política de saúde reprodutiva que contemple a cobertura de serviços de RA no Brasil? Qual o lugar que esse tema ocupou nos últimos tempos? Como o movimento feminista lidou e lida com essa tensão e relação? Em que medida o fato de o usuário ser pobre (ou rico) influencia seu lugar no sistema? Há lugar para pensar no direito dos pobres a terem filhos? O que se está dizendo quando se afirma hoje que “todos precisam ter acesso às novas tecnologias conceptivas”? Fazer uma revisão desse direito negado aos pobres ou simplesmente do sofrimento das mulheres pobres que não puderam ter filhos biológicos é argumento suficiente para pleitear que o caminho a ser seguido é garantir o acesso a essas tecnologias? Que direito? Em que sentido a resposta a essas perguntas varia conforme o ator focado: médicos, representantes da indústria farmacêutica, políticos, juízes e usuários? Ou há uma convergência de opiniões?

Essas questões pretendem indicar o sentido do que estou levando em conta ao analisar em que medida a disseminação das tecnologias conceptivas estão atreladas ou constituem um processo paralelo ao de mercantilização da saúde já inaugurado nos anos 60. Como se relacionam os dois processos? A princípio são processos aparentemente contraditórios ou ao menos muito distintos. Mas em que medida coincidem na forma de marcar a intensificação da presença da biomedicina no cotidiano das pessoas no Brasil? – o que até então estava circunscrito aos formalmente inseridos no mercado de trabalho.

A construção de uma política de assistência à saúde no Brasil

O público, o privado e seus arranjos

O Sistema Único de Saúde que é formulado oficialmente na Constituição de 1988 e formalmente instituído no ano de 1990 a partir das Leis Orgânicas tem base em uma trajetória mais longa na qual se inserem as políticas de assistência à saúde no Brasil. Antes de configurar um sistema completamente novo e distanciado dessa trajetória, o SUS reflete os arranjos travados e a luta de interesses entre os diferentes atores nesse processo.

As ideias centrais que trabalharei a seguir tomam por base os trabalhos das sociólogas Telma Menicucci (2007), Silvia Gershman e Maria Angelica Borges Santos (2006) que propõem a compreensão do SUS como desdobramento das políticas de saúde do século XX (GERSHMAN; SANTOS, 2006). Suas pesquisas permitem observar “os efeitos de *feedback* das políticas anteriores sobre a política de assistência à saúde atual”, ao mesmo tempo que permitiriam entender o “formato assistencial híbrido da assistência à saúde, apesar da definição constitucional de um sistema público, universal e único”. Menicucci define esse caráter híbrido do SUS como sendo a existência de um “*mix* privado/público”, ou seja, a “convivência entre formas públicas e privadas de assistência”, que seria um legado das políticas de saúde desenvolvidas, principalmente, a partir dos anos 60 (MENICUCCI, 2007, p. 49-50).

De acordo com Gershman e Santos (2006, p. 179-80) pode-se localizar na década de 20 a conversão da saúde pública em uma prioridade do governo brasileiro, ligada ao projeto de nacionalidade e do Estado Nacional (ver também LIMA et al, 2006). Já nesse momento teria se dado uma separação no país entre as ações relacionadas à saúde pública e a proteção médica assistencial individual, tendo essa última ação os

estabelecimentos privados e filantrópicos como sua base de provedores: os pobres eram cuidados pelo setor caritativo e os que podiam pagar recorriam à medicina liberal.

Ainda segundo essas autoras, na Era Vargas, em razão da centralidade dos trabalhadores organizados, institucionalizados como atores políticos, seria financiado um sistema previdenciário organizado segundo a categoria profissional, o que era estratégico para o projeto de estado em curso, voltado para a industrialização, e a centralidade dos trabalhadores nesse processo. O Estado Novo, com seu corporativismo, criou uma categoria diferenciada de cidadão – o trabalhador – e consagrou a separação histórica – já iniciada nos anos 20, entre saúde pública e assistência médica. Esse sistema, já que dirigido a só uma parte (trabalhadora) da população, não contempla uma concepção universalista do direito social. Disso as autoras sugerem que: “A opção por um sistema de atenção à saúde individual de base corporativa estatal (e não societária) [...] ajuda a compreender as oportunidades e dificuldades encontradas para a posterior implantação de um sistema nacional de base universalista” (GERSHMAN; SANTOS, 2006, p. 180).

Até os anos 50, os provedores principais na arena das políticas de saúde eram, além do estado centralizador, os trabalhadores e os provedores privados filantrópicos. Pouco a pouco, novos provedores privados, com fins de lucro serão incorporados, “à medida que a atenção à saúde aumentou seu grau de sofisticação tecnológica e dependência de capital”. As empresas de medicina de grupo que começam a surgir nesse período irão se desenvolver e passam a ser chamadas pelo governo para atuar na prestação suplementar de serviços médicos a instituições previdenciárias, sobretudo a partir da unificação da previdência (e não mais os vários institutos previdenciários de acordo com a ocupação profissional) em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (GERSHMAN; SANTOS, p. 181).

A recorrência às empresas privadas, configuradas como credoras do Estado, estabelecerá uma dependência mútua entre provedor privado e setor público, sobretudo nos anos 70 e 80. Acompanhando a opção do Estado pela provisão privada como forma de estender os benefícios a uma porção crescente da população “a base de provisão privada é consolidada e passa a influenciar direcionamentos futuros das políticas e do mercado de saúde” (GERSHMAN; SANTOS, 2006, p. 181) sem regular a atuação dessa iniciativa privada empresarial. Essa dependência mútua, porém, começa a se alterar a partir desses desdobramentos, uma vez que as empresas passam a ganhar autonomia financeira e a reduzir sua dependência em relação à venda de serviços para o setor público. Paradoxalmente essa autonomia é conseguida a partir do usufruto de subsídios estatais somado à grande migração de antigos beneficiários dos Institutos de Aposentadorias e Pensões para o campo privado que cobria a lacuna de oferta de serviços do setor público (GERSHMAN; SANTOS, 2006, p. 181-182).

Em que medida esse breve histórico nos ajuda a compreender as características que o SUS vai assumir a partir dos anos 90? O contexto de abertura política, que redundou na Constituinte em 1988, onde vários atores do movimento sanitário começam a ocupar lugares de destaque na cena pública (cf ESCOREL et al, 2006), particularmente na estrutura organizacional dos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social (GERSHMAN; SANTOS, 2006, p. 182) contribuiu para adesão ao projeto de construção de um sistema de assistência à saúde com base nos ideais democráticos de participação, universalização e descentralização. Esse histórico de defesa de um sistema público de saúde ganha formato na 8ª Conferência de Saúde em 1986 e se expressa formalmente na Constituição de 1988. Levcovitz et al (2001, p. 270) afirmam que o SUS, enquanto expressão da agenda de reforma sanitária brasileira, constrói-se “na contra-corrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 80, e sua implementação nos anos 90 se dá em uma

conjuntura bastante adversa”. Para esses autores, a descentralização “é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as ideias neoliberais fortalecidas nos anos 90”.

Os anos 90 serão fundamentais para a definição dos mecanismos de regulamentação jurídica e a própria consolidação do SUS. Após a Constituição, as Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080 e 8.142 de 1990) estabelecem a diretriz de descentralização e as Normas Operacionais Básicas (NOBs) (de 1991, 1993 e 1996) representam os instrumentos para a concretização dessa diretriz (LEVCOVITZ et al, 2001, p. 273). No entanto, quando se discute a forma como o SUS vai ser instalado nos anos 90, destaca-se que, se por um lado as NOBs deram “legitimidade democrática ao sistema incorporando novos atores” (GERSHMAN; SANTOS, 2006, p. 182) – por meio da criação das instâncias de controle social, particularmente os conselhos de saúde – registra-se, por outro lado, o surgimento de uma estrutura institucional que aloca as principais decisões nas mãos do Executivo. Trata-se do que um observador chama “o déficit democrático da democracia brasileira” (GERSHMAN; SANTOS, 2006, p. 82) replicado na saúde (ver também ARRETCHE, 2006). O sinal evidente de que essa centralização das decisões no Executivo o deixaria suscetível à pressão de grupos de interesse poderá ser visto na importância política crescente dos planos de saúde.

O processo de autonomização da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde culminará na aprovação da Lei 9565/98 que regulamenta os planos de saúde e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o que fez ficar “definitivamente sacramentada a perspectiva da mercantilização da saúde” (GERSHMAN; SANTOS, 2006, p. 183). Críticos consideram que criar uma política regulatória para o sistema privado como parte da política de saúde formaliza “a segmentação e institucionaliza, de forma legal, a trajetória da política de saúde, enfraquecendo os princípios igualitários do SUS” (MENICUCCI, 2007, p. 52).

O processo de implantação do SUS nos anos 90 vai favorecer ainda mais a participação dos provedores privados no sistema de saúde. Esse fortalecimento privado tem a ver com a coincidência de interesses desse setor com a lógica do *novo universalismo* defendido pelas agências internacionais que estarão cada vez mais presentes na formulação das políticas nacionais de saúde nesse mesmo período. Em que se baseia essa lógica? Ainda de acordo com Gershman e Santos (2006, p. 183), partindo da compreensão de que os governos locais seriam incapazes de financiar “tudo para todos”, as agências internacionais recomendavam políticas que dessem conta de algumas características que poderão ser percebidas na elaboração do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. A partir da segmentação dos serviços básicos e convencionais, dever-se-ia oferecer:

“[...] um pacote clínico essencial expresso por cobertura universal de atenção básica” focalizando os gastos públicos na parcela mais pobre da população. Mas também deveria fortalecer “setores não-governamentais ligados à prestação de serviços, uma vez que serviços não cobertos pelo pacote essencial ficariam a cargo do mercado” (MISOCZKY, 2003 citado por GERSHMAN; SANTOS, 2006, p. 183).

Concebido nessa lógica do novo universalismo, o PSF, por um lado, é favorecido pelo discurso anti-hospitalocêntrico e pela valorização das práticas de prevenção do Movimento Sanitário. Por outro, é também marcado pela crise financeira em curso, uma vez que é concebido em 1993, o mesmo ano da extinção do INPS e com isso o fim do financiamento da saúde via Previdência (GERSHMAN; SANTOS, 2006, p. 183-184). O setor privado continuará sua consolidação especializando-se na prestação dos serviços que preenchem as lacunas da oferta do serviço público, pago pelo Estado, bem como se especializando numa oferta “diferenciada” a segmentos da população que fazem uso seletivo do serviço público”

(GERSHMAN; SANTOS, 2006, p. 185):

Configura-se, assim, um padrão de financiamento, sob controle do gestor federal, que induz à especialização do provedor público em atenção básica, via Piso de Atenção Básica (PAB) e seus incentivos associados, e à especialização do provedor privado em alta tecnologia, via Faec e remuneração diferenciada de procedimentos mais complexos pela tabela do SUS (GERSHMAN; SANTOS, p. 184)

Não se trata apenas de fazer uma previsão negativa do desenvolvimento da assistência à saúde no Brasil, mas reconhecer a multiplicidade de questões que podem conduzir a diferentes caminhos, como mais uma vez nos apontam Gershman e Santos (2006, p. 185):

Em síntese, pode-se dizer que, se por um lado o SUS de fato gerou avanços na cobertura sanitária da população, com efeitos de interiorização de prestações sociais que fazem lembrar os da reforma sanitária do início do século XX, por outro, existem motivos para concordar com a tese de que o segmento de provedores que mais se beneficiou no período foi o dos planos de saúde.

O SUS, seus princípios e os desafios de concretização

Passaremos agora a refletir de forma sintética em que consistem os princípios básicos do SUS e suas principais diretrizes, replicadas nos principais programas que serão desenvolvidos ao longo dos anos 90. O objetivo é dar conta dos dilemas centrais percebidos e vivenciados por aqueles que participam da implementação do SUS, bem como os demais atores envolvidos nesse processo, incluindo-se aí, certamente, os usuários.

A Constituição Federal no artigo 196 define a saúde como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

O artigo 198 identifica as ações e os serviços públicos de saúde como integrando uma rede regionalizada e hierarquizada com base nas diretrizes de descentralização, “com direção única em cada esfera do governo”; atendimento integral, “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

Revisando um conceito restrito de saúde, antes adotado, a nova constituição traz para o centro da política a ser construída, os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. O princípio da integralidade define a “promoção, proteção e recuperação” da saúde como o objetivo da política de saúde e faz isso sem abrir mão da “prioridade para as atividades preventivas”. Junto a isso, se até então, como já vimos, a assistência à saúde era garantida via sistema previdenciário apenas aos trabalhadores formais, a política defendida pelo SUS se pauta no princípio do acesso universal. O que significa que o sistema de saúde deve oferecer assistência a todos, sem qualquer distinção, restrição ou custo. Ao mesmo tempo, a universalidade deve ser compreendida em relação à equidade. O princípio da equidade em saúde chama atenção para que, dentro da universalidade, a assistência à saúde deve atentar para as desigualdades. Nos termos do Ministério da Saúde, equidade significa: “Igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um”.⁴

4 <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos>

Esses princípios estarão na base das ações e programas centrais propostos pela política de saúde nos anos 90, com foco na Atenção Básica em Saúde. A esperança é de que:

Uma atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município e consolida os pressupostos do SUS: equidade, universalidade e integralidade. A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, como prioritária para a organização da atenção básica é a estratégia Saúde da Família, que estabelece vínculo sólido de co-responsabilização com a comunidade adscrita

A criação do PSF em 1994 responde a essa perspectiva e é definida como “estratégia prioritária” do Ministério da Saúde para o alcance dos objetivos do sistema único. O que significa a definição da família como foco estratégico da política de saúde?

Solução-família para uma família-problema?

Analisando o processo de instalação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF, relacionando-o com o debate sobre saúde reprodutiva nos anos 90, Parry Scott (2001, p. 49-50) retoma como, desde os anos 60, a família foi colocada no centro das atenções da política populacional: “Uma família-problema sugere a necessidade de uma solução- família [...]”. Não é recente a compreensão que diversas pesquisas têm gerado de como vão ser buscadas na família formas de controle das populações (DONZELOT, 1986). Desde as análises de Foucault da organização do “poder sobre a vida” a partir das “disciplinas do corpo e as regulações da população” (FOUCAULT, 1988), tornou-se impossível entender as ações de saúde como desinteressadas.

Para Scott o desenvolvimento de programas voltados para a família, no caso, o PSF, não abandona completamente o foco na doença (numa

perspectiva individualizante), mas acrescenta a essa perspectiva o olhar sobre segmentos específicos da população (SCOTT, 2001, p. 51). A distinção por ele sugerida entre segmentos e grupos sociais tem o objetivo de pensar se, e em que medida, a passagem de um (o segmento – que abstrai o contexto) para outro (grupos – ligados à ideia de comunidade e que são operacionais para o sucesso dos programas) traria desvantagens para o alcance de ações no campo da saúde reprodutiva.

Em sua análise da instalação do PACS em 1991, destaca que se pode perceber o uso explícito de propostas focadas no *segmento* materno-infantil. Após a incorporação do PACS pelo PSF, em termos oficiais, em 1997, é possível perceber uma mudança do enfoque materno-infantil para a “ênfase nas ações preventivas e de promoção à saúde”. Essa expectativa programática de correção do modelo de assistência existente naquele momento, segundo o autor, vai demandar o uso de estratégias discursivas por parte do Estado para reforçar essa mudança sem que as transformações esperadas tivessem se cumprido plenamente. Com base nos ideais de universalidade, começa-se a enfatizar que o programa proposto: não é mais só para nordestinos e favelados; não é mais *principalmente* para mulheres e crianças e não é mais *prioritariamente* com a comunidade, “já que tem a intermediação e priorização da família” (2001, p. 57).

Mesmo concordando que “escolher uma população para se beneficiar com a melhora da saúde é escolher um alvo para vigilância redobrada do Estado sobre o cidadão”, Scott (2008, p. 259) chama a atenção para que apenas a diminuição de autonomia e liberdade das famílias *beneficiadas* pelas políticas públicas de saúde não explica a questão do poder envolvida na passagem do PACS para o PSF. Seria necessário levar em conta as relações de poder nos locais onde os programas estariam sendo implantados, particularmente entre profissionais de saúde, agentes comunitários e a comunidade. Para o autor, essas relações de poder e diferentes pontos de vista entre as pessoas envolvidas na implementação da transformação

dos programas tem a ver com modificações nos usos do território e do conhecimento, do tempo dedicado às práticas diárias de trabalho e das oportunidades de avanço profissional (SCOTT, 2008, p. 267)

A despeito da ampliação da cobertura da assistência à saúde na última década, é possível concordar com Scott acerca da característica central das políticas do SUS – destinadas e percebidas pela população mais geral como sendo voltada aos pobres. Para além de este fato ser entendido como a efetivação do princípio da equidade que está na base do sistema, o que queremos aqui retomar é como essa característica tem a ver com o padrão de desenvolvimento do sistema, da forma como foi anunciado no início desse capítulo, e suas limitações para efetivar seu outro princípio, o da universalidade. É nessa tensão que o debate sobre **acesso** e assistência à saúde tem sido produzido, na minha compreensão, de forma problemática na medida em que faz uma transposição rápida do que seria acesso ao sistema de saúde e sua transformação num direito genérico traduzido em *ter acesso a tudo que está disponível* – O direito do consumidor levado às últimas consequências com base na compreensão de que a saúde é um “direito do cidadão e um dever do Estado”.

A saúde reprodutiva no SUS

Analisando o campo da saúde reprodutiva no Brasil, desde os anos 70, Margareth Arilha (1996) chama a atenção para o fato de ao longo da instalação dos serviços voltados para a *saúde da mulher*, antes mesmo do advento da noção de direitos reprodutivos e mesmo no momento de instalação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), em 1984, as questões do campo da concepção, como a prevenção e o tratamento da infertilidade, foram secundárias em relação a outras questões. Ela chama a atenção para a ausência de uma política de prevenção da infertilidade, quando se sabe que várias questões não assistidas no

campo da saúde reprodutiva – como o alto índice de DST, abortos mal realizados, a esterilização em massa (ARILHA, 1996a, p. 173-174; 1996b, p. 201) contribuem para a configuração de quadros de *infertilidade*.

Poderíamos nos perguntar por que não se fala mais em acesso a serviços de saúde reprodutiva efetivos que poderiam vir a diminuir os índices de hipo/infertilidade e fala-se tanto no acesso a tecnologias para *fabricação de bebês*? Rosana Barbosa (1999, 2003) também observa em sua pesquisa com usuárias de clínicas privadas e públicas em São Paulo que muitas mulheres recorrem a serviços de reprodução assistida em virtude de problemas de saúde para os quais não tiveram acesso a tratamento apropriado ao longo de suas vidas. A partir disto pergunta-se se não estariam se criando *classes distintas de mulheres* – a partir de suas diferentes trajetórias, marcadas pela classe, até demandarem pelas NTCs. Ao mesmo tempo em que são demandadas e desenvolvidas tecnologias altamente sofisticadas, convive-se com o enfrentamento de questões como acesso a saúde básica e com isso os cuidados que poderiam evitar problemas de saúde que poderiam levar à dificuldade de ter filhos⁵.

Seria possível afirmar que a deficiência de políticas voltadas para a concepção entre os pobres estaria associada à compreensão mais geral que esteve na base das políticas controlistas de que o problema com relação a essa parcela da população seria exatamente o inverso – fazer-lhes ter menos filhos? Foi assim que, em um momento inicial de minha pesquisa, quando visitei unidades de saúde na periferia de Porto Alegre, foram recorrentes comentários, em tom de surpresa, de profissionais de saúde acerca de casos de infertilidade, como relatei na introdução deste livro: “Isso não chega até a gente não... Já faz nove anos

5 Ver também ALLEBRANDT e MACEDO (2007) e LUNA (2007) em cujas pesquisas essas causas citadas somadas à laqueadura aparecem como razões para a busca de reprodução assistida.

que eu trabalho aqui e não me chegou nenhum caso. Pelo contrário! O que chega aqui é caso de fertilidade demais!”. Embora com o avanço da pesquisa eu tenha encontrado profissionais de saúde empenhados em identificar e considerarem legítimas as questões das mulheres que não conseguiam engravidar, havia uma compreensão mais disseminada de que o maior problema a ser enfrentado era a contracepção.

O que significa ter acesso? Os discursos públicos

Estudos no campo da Saúde Coletiva têm se ocupado do acesso enquanto conceito e reconhecem seus diferentes usos, convergindo, no entanto, de que este seria uma “dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta” diferenciando-o da noção de utilização que se referiria ao contato direto ou indireto com os serviços de saúde. Em virtude dos diferentes modelos explicativos correspondentes aos diferentes processos referentes ao acesso e à utilização dos serviços, sugerem-se as distinções entre “acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e acesso e efetividade dos cuidados prestados” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190)

Certamente o acesso, concebido como universal, no SUS, constitui-se em um grande desafio (BAHIA, 2006). A própria ideia de acesso universal não é inteiramente consensual. Tem suscitado esperanças apaixonadas assim como críticas contundentes. Os que aceitam como inquestionável o caráter positivo do *acesso universal* sublinham seus argumentos tecendo críticas *internas* ao modelo, isto é, ressaltando que o ideal de acesso universal não é alcançado no dia a dia do SUS. Destacam o “descompasso entre a legislação e a legitimidade social”, onde no dia a dia se convive com “acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem nos diferentes serviços públicos e privados” (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003, p. 806).

Pensando particularmente no campo da reprodução assistida, obstáculos ao acesso podem ser discutidos de vários pontos de vista, em suas várias dimensões éticas e as implicações do desenvolvimento dessas tecnologias no campo do direito. Essa discussão foi tematizada no trabalho *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas?* (DINIZ; BUGLIONE, 2002). Por exemplo, seria inconstitucional restringir o acesso a essas tecnologias a casais heterossexuais, excluindo homens ou mulheres solteiros ou indivíduos homossexuais - como previa a resolução de 1992, do Conselho Federal de Medicina, revista em 2010 - considerando uma concepção de família que não dá conta da diversidade e pluralismo de nossa sociedade (RAUPP RIOS, 2002, p. 59)⁶. A definição de acessibilidade às técnicas com base na noção biomédica de infertilidade apresentaria questões de ordem moral como sendo apenas recomendações médicas para casos de ausência involuntária de filhos ou infecundidade involuntária (DINIZ, 2002; DINIZ; COSTA, 2006).

Na reflexão sobre a garantia de direitos em relação ao acesso, Samantha Buglione lança algumas perguntas instigantes como, por exemplo, quem possui o dever de garantir o acesso a essa tecnologia; qual a extensão da responsabilidade e ainda: “A pobreza, latente na realidade brasileira, deverá ser um critério para viabilizar o acesso à tecnologia reprodutiva?”. (BUGLIONE, 2002, p. 76-77)

Sem deixar de lado as importantes questões acerca do acesso nas perspectivas antes citadas, esse livro se interessa em discutir e problematizar o acesso a essas tecnologias tendo por base a desigualdade econômica da sociedade brasileira e a estrutura desigual de acesso a

6 Em 2010, o Conselho Federal de Medicina (Resolução n. 1.957/2010, Brasil) reviu sua primeira resolução (de 1992) de orientações para procedimentos de reprodução assistida. A modificação de certas palavras indica uma preocupação com conotações heterossexistas. Na nova resolução o possível usuário dos procedimentos não é mais “toda mulher”, e, sim, “todas as pessoas”; nos princípios gerais, não se refere mais a “casal infértil” e, sim, a “pessoas submetidas às técnicas de reprodução assistida.”

serviços públicos de saúde de uma forma geral que constitui uma divisão em dois grupos – os que podem pagar por essas tecnologias e os que não podem. Mesmo que todas as demais questões e dilemas fossem solucionados, ainda faltaria dar conta de como a maioria da população teria o acesso em termos concretos, conseguiria efetivamente chegar até um serviço de saúde, ser identificado como candidato legítimo a esse serviço e efetivamente ser submetido ao mesmo.

Há ainda outra crítica *interna* ao discurso de acesso que, sem questionar o princípio da universalidade, aponta para o perigo de, no entusiasmo de garantir acesso das pessoas pobres às tecnologias de ponta propor-se “soluções pobres para os pobres”. Existem, por exemplo, pesquisas desenvolvidas com o objetivo de baratear os procedimentos de reprodução assistida. A proposta seria construir um “protocolo econômico para casais de baixa renda”⁷ (RUIZ, 2008b, p. 42). Que a medicina reprodutiva e a indústria farmacêutica busquem meios de ampliar o conjunto de sua clientela não parece trazer em si nenhum paradoxo. Nem há como duvidar da existência de profissionais seriamente empenhados em realizar os sonhos dos que não podem ter um filho biológico. O que chama a atenção dos críticos é o desenvolvimento de um mesmo discurso (inclusive com o uso dos mesmos termos: “acesso de populações carentes às tecnologias reprodutivas”) sem o mesmo investimento em tecnologias. O desenvolvimento da lógica não problematizada do acesso como direito individual, estaria construindo mais segmentação e mais desigualdade? Assim como tem sido visto que o projeto de universalização do SUS tem dificuldades de se efetivar na prática (cf ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003), no campo das tecnologias conceptivas, a mesma segmentação entre público e privado se reproduziria? É como se concluir que não

7 Ver como exemplo a dissertação de Mestrado em Saúde e Ambiente intitulada “Avaliação da inseminação artificial de baixo custo como alternativa de acesso de populações carentes às tecnologias reprodutivas” (RUIZ, 2008a).

seria possível a universalidade dos serviços e, assim, uma alternativa *popular* para os *populares* passa a ser buscada e difundida.

Não serão discutidas aqui a efetividade e a qualidade das alternativas desenvolvidas. As conclusões a que os estudos chegam são favoráveis. O que se discute é a razão por que se considera possível o desenvolvimento desse *protocolo econômico*, por que não haveria uma redução dos procedimentos em geral, os já existentes?

O Acesso segundo a biomedicina e a indústria farmacêutica

Antes de entrar na análise dos sonhos e desejos dos próprios usuários do sistema (objeto da maior parte da pesquisa etnográfica que segue), é importante mapear as discussões públicas, tais como aparecem na boca de planejadores, políticos, médicos e juízes. É fundamental ver como os discursos sobre acesso universal assumem feições particulares no campo da reprodução assistida, apontando para uma diversidade de opiniões entre os detentores de poder.

Médicos, por exemplo, são em geral a favor do acesso universal a NTCs. Para dar conta de demandas de outros grupos além daqueles que caracterizam o acesso seletivo, excludente e focado do sistema público de saúde (cf. ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003), surgem iniciativas de profissionais com o objetivo de “garantir o acesso” às tecnologias conceptivas. Não apenas as iniciativas dos hospitais públicos/universitários (SAMRSLA, 2007; ALFANO, 2014; SOUZA, 2014), mas as de clínicas privadas e o uso que estas fazem da mídia para a divulgação de seus programas de acesso, já discutido por Martha Ramirez (2003, p. 37-41; ver também CORRÊA, M; LOYOLA, 2015).

A noção de acesso é usada, por exemplo, por uma das maiores representantes da indústria farmacêutica na área da reprodução assistida, a Merck Serono, que desenvolveu um programa sob o lema de que “tão importante quanto o acesso ao médico, é o acesso ao medicamento”.

Para participar do Programa Acesso, como é chamado - o qual “proporcionará um desconto especial nos medicamentos e ainda um abatimento no acompanhamento médico”, orienta: “[...] o casal passará por uma avaliação de sua capacidade econômica, onde comprovará sua situação financeira. Em seguida, terá todo o apoio que for necessário para tornar realidade esse sonho tão importante”⁸.

A parceria entre as clínicas e essa empresa é saudada de forma a exaltar a universalidade do acesso. A Clínica Origen, de Belo Horizonte desenvolveu o Programa Alcance que afirma “O sonho está ao alcance de todos”.⁹ Na mesma lógica, a imprensa difunde as promessas dessas parcerias, como fez o jornal paraibano que veremos a seguir:

A Madrefert - Instituto de Reprodução Humana é a única clínica paraibana selecionada para implantar o Programa Acesso de Custo Reduzido - destinado para casais que tem dificuldade em ter filhos. Essa é uma iniciativa do Laboratório Serono que está possibilitando ao casal de baixa renda ter acesso ao tratamento de Reprodução Humana com desconto de até 50% na aquisição de medicamentos, diminuindo assim, o custo geral do tratamento. O Programa Acesso vai favorecer a população Paraibana, no sentido de ajudar inúmeros casais que por questões financeiras estavam impossibilitados de sonhar em ter um filho. E o que parecia impossível, agora com a chegada do Programa Acesso, torna-se realidade [...]¹⁰.

Outra iniciativa é a do Instituto Beta que assim se apresenta: “Alta tecnologia + Custos acessíveis. Ampliar o acesso aos tratamentos de infertilidade ao maior número de casais. Este é o foco do Projeto Beta”.

8 <http://www.papmerckserono.com.br/site/html/acesso/form.aspx>

9 <https://origen.com.br/programa-alcance/>. Anteriormente chamado de “Projeto Acesso - tratamento ao alcance de todos”

10 “Pioneiro da reprodução assistida participa de simpósio na Capital”; http://www.paraiba1.com.br/noticia_aberta?id=14986; acessado em 20.01.2009.

A Missão desse instituto é definida como: “A busca da excelência na qualidade dos serviços prestados no atendimento dos casais inférteis com responsabilidade social”. No site www.projetobeta.com.br pode-se ver:

A filosofia do nosso centro, na vanguarda da reprodução humana, se baseia em oferecer qualidade assistencial e tratamento humano para uma parcela da população que até hoje se sentia excluída. Apontar soluções concretas e objetivas adequando o custo do tratamento com a classificação social de cada casal. [...] Após a escolha do melhor tratamento para o caso, os casais são encaminhados para uma assistente social. Esta é uma das etapas mais importantes do processo. Nós vamos adequar o custo do tratamento ao perfil social do casal.

Entretanto, podemos perguntar o que significa “Adequar o custo do tratamento ao perfil social do casal”. Esse parece ser um argumento que se prestaria a diferenciadas interpretações. Quem pode pagar sem restrições teria atendimento de ponta? Pacote completo? Aos que podem pagar menos, ajusta-se para ver o que pode ser feito? A mesma lógica refletida no trabalho de desenvolver um “protocolo econômico” parece aí se desenvolver. Será um tratamento desigual para os desiguais?

O descompasso na forma como os serviços são disponibilizados na rede pública de saúde e na iniciativa privada pode ser percebido no uso de certos recursos. Por exemplo, a respeito da ovodoação, que é uma prática corriqueira há bastante tempo nas clínicas privadas, uma matéria do jornal Estado de São Paulo de 29 de outubro de 2008 anunciava de forma entusiástica que “SUS obtém 1ª fertilização com óvulos doados”:

Ao receber a notícia da primeira gravidez aos 42 anos, a paulistana Maria (nome fictício) estreou o grupo de mulheres beneficiadas pelo Sistema Único de Saúde “hi-tech”. Ela foi a primeira paciente a engravidar por doação de óvulos no serviço público de reprodução assistida, implantado há menos de dois meses no Hospital Estadual Pérola Byington.

O Ministério da Saúde e a defesa de uma “Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida”

Em meio a tantos apelos por *garantia de acesso* o Estado brasileiro, particularmente através do Ministério da Saúde, é continuamente demandado a se posicionar e se posiciona formalmente a esse respeito. Como é produzido o discurso oficial do Estado sobre o assunto? Estaríamos, nesse caso, diante do mesmo pressuposto não problematizado de que “existe-é-bom-e-deve-ser disseminado”?

É sabido que, ao longo do desenvolvimento das políticas voltadas à saúde reprodutiva no Brasil, as preocupações com a contracepção se sobrepuseram ao debate sobre concepção e, mais particularmente, as dificuldades na concepção e infertilidade. Desde a instalação do PAISM, o desenvolvimento das políticas nessa área está diretamente relacionado à participação do movimento feminista na demanda por definição dessas políticas e sua proposição (SCAVONE, 2004).

Não há consenso no movimento feminista quanto à extensão da noção de direitos reprodutivos à utilização de serviços de reprodução assistida (CORRÊA, M. 2003; SCAVONE, 2004; RAMIREZ, 2006). Um dossiê lançado pela Rede Feminista de Saúde em 2003 aponta para diferenciados pontos de vista: Desde uma compreensão dessas tecnologias como mais um “instrumento de autonomia e liberdade para as mulheres, visto que possibilitam o desejo de realização da maternidade, o exercício da escolha e da liberdade em termos de sexualidade e reprodução, ampliando assim a esfera dos direitos reprodutivos”, até outra vertente que “atenta ao contexto social e cultural em que essa autonomia se exerce, “ênfatisa os riscos e benefícios que a RHA representa para as mulheres e a necessidade de uma atitude vigilante sobre possíveis efeitos negativos das tecnologias”. Uma terceira, ainda, poderia “se contrapor, do ponto de vista teórico ou político, por entender que as mesmas oferecem

armadilhas de alto risco para o processo de autodeterminação das mulheres e que o mesmo deve ser repensado à luz de novos referenciais críticos” (REDE SAÚDE, 2003; ver também STOLCKE, 1986). É possível, no entanto, considerar que é uma postura de cautela e crítica que se sobressai, mesmo quando o acesso a essas tecnologias é pensada no campo da autonomia individual (cf. ARILHA, 1996a; 1996b).

Mas por que estou a referir posicionamentos conflitantes do movimento feminista a esse respeito quando a intenção aqui é discutir a forma como o Estado brasileiro tem conduzido políticas nessa área? No intuito de marcar como, a despeito dessas divergências, a relevância do tema tem feito com que, o feminismo brasileiro incida na formulação das políticas também nessa área. Na apresentação do documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em 2004, o então ministro da saúde Humberto Costa destaca a criação do documento em parceria “com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional” (BRASIL, 2004, p. 05).

Neste documento, a infertilidade e a reprodução assistida são consideradas como uma das lacunas nas políticas de atenção à saúde da mulher, muito embora só seja apresentado explicitamente no tópico *Saúde das mulheres lésbicas*: [...] “deve incluir na clientela-alvo as mulheres lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária (BRASIL, 2004, p. 49).

Existem, pelo menos desde 1996, orientações legais para justificar uma presença pública nesse cenário. A chamada Lei de Planejamento Familiar daquele ano, já incluindo o “aumento da prole” como parte integral do planejamento familiar (art. 2), afirma que:

É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar. (art. 5)

Houve em 2005, um aceno federal nessa direção. O então ministro da saúde Humberto Costa lançou as Portarias de nº 426, de 22 de março de 2005, do Gabinete do Ministro e a de nº 388, de 06 de julho de 2005, da Secretaria de Atenção à Saúde que instituíam no SUS a “Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida”, criando no âmbito dos estados e do Distrito Federal serviços de referência em reprodução humana. Estas portarias são concebidas como desenvolvimento e ampliação do direito constitucional ao planejamento familiar que inclui a “escolha do número de filhos e o momento de tê-los”, o que deveria “incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos”. É a sequência dessa lógica que, ao compreender que nem todos “os métodos e técnicas” estão sendo ofertados, transforma-os em política a ser inserida no âmbito do SUS.

A primeira portaria (do gabinete do ministro) institui a política, apresentando os argumentos com base no direito ao planejamento familiar, reconhecendo a “necessidade de estruturar no Sistema Único de Saúde – SUS uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita atenção integral em reprodução humana assistida e melhoria do acesso a esse atendimento especializado”. Reconhecendo o caráter descentralizado que configura uma política do SUS, determina que a mesma seja implantada “de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde”, definindo a reprodução assistida como de Média e Alta Complexidade, porém prevendo componentes para a Atenção Básica na efetivação da política.

Por sua vez, a portaria da Secretaria de Atenção à Saúde determina que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal “adotem em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida, sendo o Estado o responsável pela coordenação da rede”. Para essa organização e implantação são definidos os “serviços de reprodução humana assistida” na média e na alta complexidade e deveriam ser levados em conta critérios como população a ser atendida, necessidade de cobertura assistencial, nível de complexidade dos serviços, distribuição geográfica dos serviços, capacidade técnica e operacional dos serviços, e mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência.

Além disso, estipula em seu parágrafo único os quantitativos de serviços por unidade da federação onde a cobertura deveria ser: “01 (um) serviço para abrangência de no mínimo 6.000.000 de habitantes”, com vistas a “garantir a viabilidade econômica destes serviços”. E finaliza com a apresentação detalhada em três anexos tanto das Normas para o Credenciamento e Habilitação dos Serviços de Referência de Média e Alta complexidade em Reprodução Humana Assistida, a Relação de Procedimentos Incluídos nas Tabelas SIA e SIH/SUS para a Reprodução Humana Assistida nos Três Níveis de Atenção e as Diretrizes para Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

A forma detalhada como as portarias são apresentadas gera uma primeira sensação (ao menos aos olhos leigos) que a efetivação das políticas não teria por que não acontecer. No entanto, desde seu lançamento, nenhuma medida foi tomada para a sua implantação. Em 11 de junho de 2008, o ministro José Gomes Temporão refez a promessa de que o Sistema Único de Saúde passaria a fornecer serviços de reprodução assistida gratuitamente na rede pública, de forma universal como propugnam os princípios desse sistema. Nas palavras do ministro: “O casal que não

consegue ter filhos e quer fazer uma inseminação artificial tem que pagar hoje um tratamento caríssimo, que custa entre R\$ 10 mil e R\$ 20 mil. O SUS também passará a oferecer esse atendimento”. (SUS poderá oferecer reprodução assistida, Zero Hora, 11 de junho de 2008). A promessa que deveria ser cumprida em até seis meses não se cumpriu – o que fez com que a jornalista da Folha de São Paulo, Claudia Collucci desse o seguinte título para sua coluna: “Reprodução assistida no SUS. Será que dessa vez é sério?” (COLLUCCI, 2008).

Parece que o tempo futuro do verbo é praxe nas discussões sobre a possibilidade de cobertura ampla pelo SUS. Em 2009, um projeto de lei (PL 5.730/2009) foi proposto na Câmara dos Deputados para incluir a reprodução assistida nos planos de saúde. Dois anos mais tarde, ainda não tinha caminhado o suficiente para mudar a vida das pessoas. Observamos esforços em diferentes estados para promulgar leis dando acesso universal à maternidade assistida em hospitais públicos. Em São Paulo, por exemplo, em 2011 já existiam três serviços gratuitos custeados pela SUS, mas os profissionais se queixavam que as longas filas (que contemplavam pessoas não só do interior do estado, mas de outros estados) colocavam sérios limites ao impacto de seu trabalho. Naquela época, os jornais, louvando o PL 517/2011 (para um “Programa de Assistência Básica em Reprodução Humana”), previam que em pouco tempo a população paulista teria acesso universal a esse bem de saúde. O coordenador do setor de reprodução humana de hospital paulista público se gabava que, com isso, o Estado de São Paulo estava “se comportando como um país desenvolvido”. Entretanto, hoje, anos depois, a intenção ainda não virou realidade.

O Poder Judiciário se pronuncia

É possível percebermos outra característica que aponta para desafios da universalização do SUS que tem a ver com o papel do Poder Judiciário na implementação de políticas de saúde. Ao lado da busca pela implementação de assistência de base universal, é cada vez mais recorrente o recurso a caminhos judiciais para acesso a recursos do SUS na perspectiva da saúde como *direito do cidadão* (GERSHMAN; SANTOS, p. 183). Ao longo da pesquisa etnográfica desenvolvida, esse recurso foi percebido várias vezes ou ao menos casais faziam referência ao desejo de utilizá-lo, como veremos no capítulo 3.

A sentença proferida pela Juíza Federal da Vara do Juizado Especial Federal do Rio Grande, Claudia Maria Dadico, julgou em 2006 recurso de casal que demandava pagamento de medicamentos para tratamento em Porto Alegre e despesas de transporte e hospedagem na capital. Os argumentos por ela usados para considerar a demanda improcedente são importantes para entendermos a construção de um posicionamento que se contrapõe à lógica do acesso universal como algo indiscutível.

Porém, antes de concluir pela não-obrigatoriedade de pagamento pela União do pagamento requerido em virtude da “impossibilidade orçamentária do SUS”, algumas questões que orientam seu argumento são fundamentais para o que discutimos aqui:

[...] o conteúdo normativo do direito fundamental à saúde, assegurado pela Constituição Federal, compreende o direito a um tratamento para que assegure a concepção, tal como argumentam os autores? Há um direito fundamental originário, de natureza prestacional, decorrente diretamente da Constituição, aplicado à reprodução assistida, impondo ao Estado o dever de fornecer a seus supostos titulares todos os meios necessários à consecução do objetivo de gerar uma prole? Seriam estes procedimentos médicos as únicas vias de concretização da demanda de constituir

família? O preceito da proporcionalidade ampara tal pretensão? A política pública que fundamenta o pleito dos autores é suficiente para atender de forma razoável as demandas originadas pela in/hipofertilidade? (DADICO, 2006, p. 228)

Partindo de uma distinção entre *direitos fundamentais de defesa* e *direitos fundamentais prestacionais*, a juíza questiona se existiria no Brasil uma “política pública que ampare e garanta de forma suficiente o exercício daquele determinado direito fundamental”. Na análise das portarias que instituíram a chamada Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (apresentadas no tópico anterior), mesmo considerando que a questão extrapola o que está em julgamento, afirma que hipoteticamente poder-se-ia considerar inconstitucional a formulação de uma política pública direcionada para a garantia de serviços de reprodução humana assistida, “especialmente à luz do art. 198, II, da Constituição Federal, que determina a priorização de atividades preventivas nas ações e serviços públicos de saúde [...]”. Chegando a concluir que:

Desta forma, verifica-se que as Portarias limitaram-se a criar uma oferta insuficiente, parcial, não universal e não igualitária de serviços de reprodução humana assistida.

Dito isto, é questionável se esta oferta fragmentada, mediante “serviços de referência” na proporção de 1 para cada seis milhões de habitantes, pode, efetivamente, enquadrar-se no conceito jurídico de política, notadamente à luz do que dispõe o art. 196 da Constituição Federal que outorga a garantia do direito à saúde através de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário às ações e serviços** para sua promoção, proteção e recuperação.”

As Portarias parecem, em verdade, traduzir mera promessa, sem organizar os serviços com a finalidade de se garantir acesso real, efetivo, atual, igualitário e universal,

a ponto de caracterizá-las como normas estruturantes de uma “Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Assistida (DADICO, 2006, p. 235)

Além desses argumentos associados à consideração da “reserva financeira do possível”, sua sentença incorpora considerações do campo das ciências humanas e sociais para fazer a crítica ao processo de medicalização da infertilidade. Ressalta a partir daí (utilizando autoras já referidas e que ainda serão referidas aqui, p. ex., CORRÊA, 2001; DINIZ, 2002) que as tecnologias de reprodução assistida não remediam a infertilidade, mas *fabricam bebês* para assegurar o desejo de filiação biológica de casais. Mesmo reconhecendo que o desejo de filhos não é tomado como “um anseio caprichoso ou não valorizado”, enfatiza que o ponto a ser considerado é se esse desejo, “ainda que legítimo, deve ser priorizado, em qualquer contexto e a qualquer preço, a ponto de impor judicialmente que o Estado arque com os custos financeiros de sua realização”. Seguindo esse raciocínio, argumenta ainda:

Entretanto, a constatação de que o direito à concepção, este entendido como o direito de realizar um projeto de família, não se realiza exclusivamente mediante o recurso às técnicas de reprodução assistida conduz à conclusão da inexistência de prejuízo, físico ou psicológico grave aos demandantes, decorrentes da ausência do custeio estatal à integralidade do tratamento, permitindo-se afirmar que o preceito da necessidade não abriga a presente postulação (p. 241)

A sentença dessa juíza levanta uma inquietação considerada válida por muitos observadores: sobre as prioridades do sistema diante da disponibilidade limitada de recursos. Assim traz uma crítica direta à própria noção de acesso universal via SUS a procedimentos de maternidade assistida. Partilha também do argumento da parte de pesquisadores feministas outras críticas *externas* igualmente preocupantes. Mais que

advogar um acesso universal que se justificaria sob o argumento de aplacar o sofrimento de casais involuntariamente sem filhos, esses pesquisadores problematizam o discurso construído sobre o acesso e os mecanismos de exclusão no qual se baseia e ao mesmo tempo gera. Em outras palavras, não se pode deixar de apontar que o que as tecnologias conceptivas promovem é o desejo e reivindicação do direito a um filho biológico. Como destacam Diniz (2002) e Diniz e Costa (2006) as NTCs estão focadas não no projeto de resolver as causas da infertilidade, mas em *fabricar bebês* (ver também RAMIREZ, 2003).

Seguindo nessa linha, propomos investigar, por meio dos dados etnográficos, como a própria ausência de filhos é construída como um *evento* a ser remediado via medicina e, mais particularmente, a reprodução assistida. Apontar como um exagero a inevitabilidade das NTCs não é apenas se opor à medicalização dos corpos e ao poderio médico e farmacêutico e seu enriquecimento a partir da construção desse sofrimento (como tem sido a base da crítica feminista). Questionar sua disseminação é enfatizar que o parentesco biológico não é a única forma de conexão e que essas tecnologias o que mais fazem é celebrar a superioridade da verdade genética (RABINOW, 1999) sobre as demais formas de reprodução.

A multiplicidade das falas a favor do acesso universal, e seu substrato não problematizado, é impressionantemente difundida: já se parte do pressuposto de que as técnicas são eficazes, benéficas e desejáveis. A única coisa a ser considerada dessa perspectiva é fazer com que o maior número de pessoas cada vez mais tenha *acesso*. Parto, por outro lado, de uma preocupação que considera aqui que anunciar, propor ou defender a disseminação das tecnologias conceptivas, *popularizar* seu acesso, é mais complicado que o simples fato de saber se há ou não recursos para fazê-lo (o que não deixa de ser outra importante questão que será discutida na sequência).

CAPÍTULO II

O UNIVERSO E O FLUXO DA PESQUISA: SOBRE USUÁRIOS E HIERARQUIAS

Em um primeiro momento, tentando viabilizar a pesquisa, busquei mapear os caminhos que as pessoas percorrem ao identificarem *dificuldade para ter filho*. Comecei a fazer visitas ao Morro Alto, uma comunidade na periferia de Porto Alegre para, abordando as pessoas em suas casas, tentar identificar indivíduos ou casais que tinham ou conheciam alguém que havia tido dificuldade para ter filhos.

Passsei a andar pelas ruas e abordar as pessoas que se dispunham a conversar. O roteiro de entrevista era suficientemente amplo para abarcar não apenas concepções sobre maternidade e paternidade, mas os históricos familiares dessas pessoas para, só ao final, perguntar se a pessoa entrevistada conhecia “alguém que tentou ter filho, mas não conseguiu” e como essas pessoas eventualmente enfrentaram essa situação.

Ao passo dessas incursões comecei também a frequentar o Posto de Saúde da comunidade e negociar o meu acesso aos possíveis casos que a equipe tivesse encontrado de demanda por *tratamento para engravidar*. Após várias visitas e reuniões com coordenador da unidade e seus superiores na hierarquia do governo estadual a que esta unidade

de saúde estava vinculada, cheguei até a assistente social. Ela iria fazer a ponte entre mim e essas pessoas, bem como me apresentar a outras pessoas na comunidade que poderiam me levar aos potenciais *sem filhos*.

Todo o processo, que tinha se iniciado em abril de 2006, arrastava-se sem grandes indicações de viabilidade. Essa negociação e primeiros passos transcorreram até o mês de outubro de 2006. Nesse intervalo, transitava no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital¹¹ o projeto de pesquisa que solicitava meu acesso aos usuários que buscavam o serviço de reprodução assistida daquela instituição. A aprovação desse projeto se deu em setembro de 2006 e foi a partir daí que comecei a articular minhas visitas à comunidade com as idas ao hospital. Mas a morosidade das negociações no Morro Alto conduziram cada vez mais meu olhar à questão do acesso a esses serviços e a produção de uma demanda pelos mesmos.

11 Optei por omitir o nome oficial das instituições pesquisadas com vistas a não identificar diretamente os profissionais referidos ao longo do texto. Esse hospital principal onde a pesquisa inicial foi realizada será referido daqui em diante apenas como o *Hospital*. O segundo serviço de saúde mais reportado pelas pessoas e que muitas vezes é contraposto em termos de qualidade ao *Hospital*, será identificado como a *Fundação* e os demais centros referidos serão nomeados como Hospital 2, 3 e 4 em relação à frequência com que as pessoas investigadas os referiram. Todos os nomes de áreas e setores internos aos serviços de saúde serão também alterados pela mesma razão, o mesmo ocorrendo com os nomes das comunidades e das unidades de saúde. Embora essa opção implique, do meu ponto de vista, em perda para o texto, uma série de razões éticas e políticas que serão consideradas ao longo do livro levam a esse posicionamento. Do mesmo modo, os nomes dos profissionais e dos demais sujeitos contatados serão substituídos por codinomes. É certo que algumas referências involuntárias podem levar à identificação de algumas personagens, mas efetivamente não vislumbro caminhos de uma garantia total do anonimato pretendido.

Em busca do Serviço de Reprodução Assistida

Meus primeiros movimentos para compreender a oferta de serviços relacionados à Reprodução Assistida em Porto Alegre se deram por meio da Internet inserindo no Google “reprodução assistida + porto alegre”. A partir daí vi em uma das matérias as primeiras referências ao nome do médico responsável por aquele serviço que era também dono de uma clínica de reprodução humana na cidade de Porto Alegre. Esse médico explicava como o Hospital foi um dos primeiros locais do país a oferecer reprodução assistida por meio de um serviço público de saúde. Informava que os procedimentos são feitos gratuitamente, mas os pacientes precisam pagar as medicações. *“No serviço privado, como acontece em qualquer área, os preços variam muito. [O médico] informa que os valores cobrados para a inseminação artificial são a partir de R\$ 800,00 e para a fertilização in vitro o mínimo é de R\$ 2.500,00. Esses são os preços médios dos tratamentos, que não incluem as medicações. Na inseminação artificial, ainda é preciso investir aproximadamente R\$ 400,00 em remédios, e na fertilização in vitro entre R\$ 1.500,00 a R\$ 2.000,00”*.

Minha principal motivação naquele momento era entender em que medida esses serviços oferecidos no serviço público, a despeito dos custos envolvidos, eram acessados por pessoas das classes populares. Por esta razão, dirigi-me até o hospital querendo conhecer o funcionamento desse serviço. Fui instruído no primeiro pedido de informações que deveria procurar o Setor F, onde o atendente começou a me ajudar a entender o caminho que precisaria seguir e já demarcou uma informação central sobre o funcionamento do *serviço de reprodução assistida*: *“Tu tens que ser encaminhado por um posto de saúde, se for pelo SUS. Se for convênio, tem que ir lá no setor de convênio para encaminhar também para cá”*. Ao perguntar se não poderia ser feito direto pelo hospital aprendo que “um médico tem que te avaliar e te encaminhar. Leva de um a dois

anos, mas não quer dizer que tu venhas para o Hospital. Pode ser que tu sejas encaminhado para outro hospital. O Hospital 3, por exemplo tem uma parte do SUS”.

Para superar a ambiguidade de que eu pudesse ser um usuário do serviço, expliquei que estudava na “Universidade Federal” e estava querendo “conhecer o serviço”. Ao entender que eu queria fazer uma pesquisa o atendente me informou: “Você pode ir lá no setor de Ginecologia e procurar conversar com o Dr. Petrônio. Ou então, se você tiver tempo, você pode vir aqui na segunda-feira para marcar uma reunião com ele. Pode ir também até o andar X para te informar”.

O setor F era a ala de consultórios voltados para a área de ginecologia e obstetrícia do Hospital e no *andar X* havia a estrutura burocrática do serviço de ginecologia e de reprodução assistida. Nesse segundo espaço, fui recebido pela estagiária do setor que reforçou as informações recebidas no setor F, destacando como as pessoas que precisam daquele serviço chegavam até ali: as pessoas vêm encaminhadas pelo posto de saúde; marca consulta no setor F; o SUS paga as consultas, exames e procedimentos, o medicamento é por conta do paciente; informações adicionais deveriam ser buscadas com o Dr. Petrônio – com quem ela se comprometeu em marcar um horário para que eu o encontrasse.

Assim, evidenciava-se que todas as buscas desde o início apontavam para um mesmo setor nesse Hospital. No panorama dos serviços de Reprodução Assistida (RA) no Rio Grande do Sul (RS), este Hospital no qual pesquisei tem uma centralidade cuja importância não pode passar despercebida. Os usuários que viria a conhecer mencionavam outros centros médicos na cidade de Porto Alegre, mas estes são invariavelmente citados como em desvantagem em relação ao Hospital. Alguns dos elementos para a definição desse *ranking* são a disponibilização apenas de serviço de Inseminação Artificial em alguns centros, não realizando os procedimentos considerados mais complexos e o fato de serem pagos.

Embora a questão da qualidade dos serviços seja considerada na avaliação das alternativas às clínicas privadas, é a questão do custo financeiro que aparece em primeiro lugar na escolha pelo Hospital. Um desses serviços, que estou chamando de a Fundação, foi recorrentemente mencionado como possibilidade, por ter um preço mais acessível que as clínicas privadas, mas foi igualmente referido como de qualidade inferior. Outro elemento na definição dessa escala é o nível de complexidade dos procedimentos oferecidos em cada serviço. O Hospital 3 ligado a uma universidade privada do estado é também referido, mas nesse seria disponibilizado apenas os procedimentos de Inseminação Artificial (IA) e não a Fertilização *in Vitro* (FIV) e a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI)¹².

A partir da percepção da centralidade desse Hospital, passa a ser importante pensar como o estabelecimento do serviço de Reprodução Assistida nesse espaço está também vinculado à definição de perfis profissionais, não apenas em termos das carreiras acadêmicas desses médicos, mas também na definição de um mercado onde o público e o privado estão articulados. Foi ficando claro depois, entre outras questões, que seria preciso dar conta da rede de disputas mais geral onde os vários profissionais estão envolvidos. À época da pesquisa havia seis clínicas privadas em atuação em Porto Alegre, nas quais os médicos, invariavelmente, mantinham ou haviam mantido ligações com hospitais universitários e/ou docência em universidades (cf ALLEBRANDT; MACEDO, 2007, p. 14)

12 Estes são os três procedimentos mais difundidos no conjunto das chamadas “novas tecnologias reprodutivas” e também os mais complexos. No entanto, quando se fala de tecnologias reprodutivas estão envolvidos procedimentos mais simples, como o coito programado. Na Inseminação Artificial o sêmen é injetado pelo colo do útero no período fértil. A fertilização *in vitro* consiste em colocar em contato o óvulo e o espermatozoide em laboratório e, no caso de formação de embriões, fazer a transferência ao útero. A ICSI consiste em um desdobraimento da FIV, onde apenas um espermatozoide é micromanipulado e introduzido diretamente no óvulo.

Quando os informantes são usuários: etapas e algumas tensões do trabalho de campo

Entre abril e novembro de 2006 eu passei a frequentar os diferentes espaços que iam se abrindo, embora, com uma maior ênfase às visitas ao Hospital para conversar com as pessoas na sala de espera e agendar visitas às suas casas. Esse foi um período de familiarização com o tema e o serviço de uma forma geral, vivido de forma intensa. Razões de ordem pessoal me levaram à suspensão da pesquisa entre novembro de 2006 e março de 2007. Após meu retorno a Porto Alegre, o trabalho foi retomado e o desenvolvimento da pesquisa no Hospital foi se mostrando um importante desafio pela constante negociação das dinâmicas e hierarquias internas. Questões delicadas de negociação de espaço e acesso a informações me deixaram em uma situação de depender da disposição da equipe médica para dar continuidade à pesquisa. Além dessa condição de dependência, persistia sempre uma ambiguidade acerca dos usos dos dados. São questões ligadas às especificidades do que Laura Nader (1969) chamou a atenção para os campos *up*, campos de investigação *minados de poder*.

Assim como todas as etapas iniciais da pesquisa indicavam a centralidade do Hospital no universo dos serviços de RA pelo SUS, todos os primeiros contatos nesse hospital, desde a Internet, mesas de recepção e secretarias de setores, sinalizavam que o encaminhamento da pesquisa nessa área passaria pela conversa e negociação com o chefe do setor que queria investigar, conforme eu imaginara e anunciei no tópico anterior.

Desde a conversa inicial com o médico chefe do serviço este se mostrou aberto e interessado no desenvolvimento da pesquisa. Se por um lado, havia interesse de sua parte na pesquisa, vale dizer, por outro, que o andamento da mesma e o próprio encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa era favorecido por essa relação. Colocou também desde o início que não interessaria uma *parceria* em uma pesquisa que significasse *apenas os agradecimentos* na publicação, conforme suas palavras.

Enfatizou seu interesse e da equipe no desenvolvimento da pesquisa científica de uma forma geral e na produção e divulgação *conjunta* dos resultados das pesquisas ali desenvolvidas. Eu concordara certamente com essa possibilidade de construirmos resultados da pesquisa juntos. Assim, antes mesmo do envio do projeto ao comitê de ética do mesmo hospital eu havia enviado uma cópia para leitura por parte do médico, cujo nome figurava também como pesquisador. Porém não obtive retorno ou comentários sobre o mesmo. Da mesma forma, dada a agenda extremamente lotada do médico chefe, nunca foi possível marcar uma hora para *trocar ideias*. Durante os meses de pesquisa, nosso contato se reduziu a uma conversa inicial de meia-hora (quando apresentei meus interesses de pesquisa), alguns encontros rápidos nos corredores e a participação durante um acompanhamento de uma paciente desse médico em que ele gentilmente me explicou alguns dos procedimentos que realizava (apresentado no capítulo 5). Fiquei perplexo. A construção de artigos escritos efetivamente a várias mãos certamente me interessava, mas imaginava que a alternativa a “apenas agradecimentos” significava algo mais do que simplesmente incluir o nome desse colaborador como coautor. O fato é que os termos dessa produção em conjunto não foram explicitados.

O contato com os usuários do serviço aconteceu da seguinte forma: O chefe da equipe médica me explicou que devido à complexidade do próprio tratamento, bem como às tentativas de vinculação dos laboratórios em seu assédio aos profissionais, foi instituída a função de uma enfermeira que fazia a *tradução* das receitas para os pacientes no momento da consulta, orientando-os sobre o tratamento a ser desenvolvido. Com essa iniciativa objetivava-se evitar que os próprios médicos prescrevessem a marca dos medicamentos. Na consulta, a enfermeira encaminhava uma receita com a definição genérica da medicação e a compra era feita pelos usuários conforme suas negociações com os representantes dos laboratórios.

Seguindo esse fluxo, fui apresentado à enfermeira para que juntos definíssemos a melhor forma de eu entrar em contato com as pessoas por ela atendidas. Assim, num primeiro momento, todas as quintas-feiras pela manhã, eu passei a me dirigir ao setor onde as consultas aconteciam – o setor F – e aí esperava no corredor/sala até que a enfermeira me apresentasse às pessoas. Essa apresentação era feita sempre de forma cortês e gentil pela enfermeira que em poucas palavras dava algumas informações que facilitavam o meu trabalho. A maneira como ela me apresentava me situava numa rede de relações ali estabelecidas: eu era um aluno que fazia uma pesquisa de doutorado (ou de mestrado como outras vezes era dito); as pessoas poderiam ficar tranquilas, pois eu era *de confiança*; elas estavam livres para participarem ou não da pesquisa; aquela pesquisa não estava relacionada ao serviço em si e a não participação não interferiria em nada no atendimento do Hospital.

A partir dessa apresentação eu marcava uma conversa, em geral na casa das pessoas, e tentava manter o contato posteriormente com elas ao longo do tratamento ou da preparação para o mesmo. Além desse espaço no Hospital, da casa dos sujeitos e, em menor escala, seus locais de trabalho, também circulava pelo ambulatório onde acontece a fertilização, em conversas na sala de espera e novas tentativas de agendamento de conversas fora do espaço do Hospital. Tendo por base esses contatos, consegui fazer um primeiro mapeamento da forma como aqueles usuários narravam sua trajetória desde o momento da identificação de alguma dificuldade para *ter um filho* até o momento em que conseguiam a consulta e, para alguns desses, o início do tratamento.

Para dar continuidade à pesquisa, eu planejava ainda fazer um levantamento do perfil dos usuários *dentro* do Hospital assim como intensificar o trabalho de pesquisa *fora* do Hospital. A tentativa de fazer esse levantamento se deu após eu ter sistematizado os primeiros resultados da pesquisa em um capítulo de um livro sobre tecnologias

reprodutivas no sul do Brasil (ALLEBRANDT; MACEDO, 2007). Em uma conversa posterior, o médico referiu discordância sobre a interpretação que eu havia feito e nosso diálogo não avançou.

Além das questões políticas envolvidas nesse processo, aprofundadas em outra publicação (NASCIMENTO, 2010, 2013), questões de ordem prática impactavam o desenvolvimento da pesquisa. Por exemplo, o “Levantamento do perfil dos usuários do Setor de Reprodução Assistida” não se concretizou¹³ até a pesquisa nesse Hospital ser encerrada. Por fim, e talvez mais importante, a impossibilidade de dar continuidade ao trabalho no Hospital me obrigou a apostar todas as fichas nos outros espaços da pesquisa, as comunidades onde convivi de dezembro de 2007 a abril de 2008 e, depois, no mês de julho desse mesmo ano. Assim, ainda no mês de dezembro de 2007 se deu início uma fase definitiva para os contornos que essa pesquisa ganhou.

Nos postos de saúde: a *desmedicalização* do olhar do pesquisador

A primeira fase da pesquisa no Hospital havia problematizado o discurso de *popularização do acesso* ao identificar que os *pobres* que estavam acessando o serviço público de RA não eram exatamente aqueles que usualmente percebemos como sendo os usuários *típicos* do SUS¹⁴, na medida em que incluíam pessoas das camadas populares, mas também segmentos inferiores das camadas médias¹⁵. Assim, além de me perguntar

13 Foi realizado um levantamento a partir das pessoas atendidas pela enfermeira do serviço. Ver Macedo et al (2007).

14 Refiro-me não a uma categorização rígida de usuários, mas noções gerais veiculadas pelo senso comum e reforçadas pela mídia sobre o SUS como serviço de segunda categoria e seus usuários como sendo apenas os que não podem pagar um seguro privado. Além disso, como observado para outras especialidades médicas de alta complexidade, dá-se a possibilidade de um ‘uso seletivo do SUS’ pelas classes privilegiadas (GERSHMAN; SANTOS, 2006, p. 185). Essa questão foi apresentada no capítulo 1.

15 As pesquisas de Rosana Barbosa (1999), Rosely Costa (2001) e Naara Luna (2007) foram

Como os *mais pobres dos pobres* estão acessando esses serviços? – pois aí estava implícita a ideia de que havia um constrangimento financeiro orientando esse acesso – também me perguntava *Como aqueles que não estão buscando intervenções médicas, em um primeiro momento, estão resolvendo os seus problemas para ter filho?*. Estava me encaminhando para a formulação de perguntas baseadas na hipótese de percepções diferenciadas sobre o uso de NTCs para a garantia de um filho: Que outras formas estariam sendo buscadas para a resolução desse problema? Como será que *na ponta* estão chegando as questões relacionadas à *dificuldade para ter filho*? Estão chegando?

Contando com a colaboração de uma ampla e solícita rede de contatos mediados por minha orientadora foi iniciada uma etapa de pesquisa junto aos serviços comunitários de saúde. Essa rede de contatos incluía ex-alunos da Pós-Graduação em Antropologia da UFRGS que trabalhavam como médicos *na ponta* dos serviços. Embora todos fossem serviços voltados à atenção básica, as formas de organização eram distintas, bem como a forma de nomeá-los e a esfera a que estavam formalmente ligados – federal, estadual e municipal. Um desses serviços é associado ao Hospital 2, na Vila Dacol e, embora baseado na perspectiva da Saúde da Família, não é assim nomeado e constitui uma equipe maior, sendo também uma instituição de ensino, onde estudantes de diferentes áreas realizam estágios. Quando já tinha começado o trabalho nessas duas áreas, Débora Allebrandt, uma colega da pós-graduação, me pôs em contato com uma amiga sua que era enfermeira em uma unidade de saúde ligada à prefeitura de Porto Alegre, no Alto da Torre.

desenvolvidas, em parte, junto a usuários de serviços públicos de reprodução assistida e questões semelhantes são percebidas a respeito das características desses usuários.

Outros dois serviços de saúde foram contatados ao longo da pesquisa: Morro Alto, o primeiro a ser contatado, e a Unidade Básica de Saúde (UBS) do Hospital. Ambos não se tornaram espaços sistemáticos de observação, mas possibilitaram a formulação de questões, por seus contrastes ou semelhanças, com as duas unidades nas quais a pesquisa foi feita com continuidade: a Vila Dacol e o Alto da Torre.

Além da diferença em termos da organização de cada um desses serviços – um federal de medicina comunitária, um municipal de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde ligada a um hospital universitário – as diferenças se referiam também ao nível socioeconômico das pessoas contadas em cada uma dessas comunidades. Desde pessoas de classe média e classe média baixa na UBS do Hospital, passando por pessoas de diferentes extratos no Alto da Torre, até uma parcela extremamente pobre da Vila Dacol, uma área de *Invasão* em processo de remoção para outra área. Também quanto a essas peculiaridades, era bastante claro que a maior parte da demanda que chegava à UBS do Hospital era bastante direta: *encaminhamento para setor de reprodução assistida do Hospital*. Essa característica pode estar relacionada ao referido nível socioeconômico dos moradores dessa área bem como à proximidade da mesma com o Hospital.

Estou usando o termo comunidade conforme uma definição *nativa* do PSF, para me referir ao espaço onde, por meio dos serviços comunitários de saúde, passei a frequentar as residências das pessoas. Este uso não pressupõe uma homogeneidade de cada uma dessas áreas e, para os objetivos deste livro, estou focando menos as diferenças entre as *comunidades* e mais as possíveis compreensões partilhadas por diferentes sujeitos e as distintas trajetórias narradas por cada um no seu projeto de *ter um filho*. Dizer que pesquisei essas comunidades também não é o caso; estudei *nessas* comunidades e aqui o que quero destacar é a forma como se deram os contatos com essas pessoas,

diferentemente do que tinha acontecido no Hospital nos primeiros momentos da pesquisa, e como pude nessa trajetória *situar-me* – esse “negócio enervante” – em distintos contextos para *inscrever* e *anotar* certo discurso social (GEERTZ, 1989: 23-29).

Após ter feito reuniões com as pessoas indicadas e com representantes desses serviços, a estratégia mais comum era conversar com as Agentes Comunitárias de Saúde¹⁶ e, em geral com a ajuda do/a médico/a ou enfermeira, solicitar delas que lembrassem e identificassem pessoas que elas conheciam em seu trabalho de acompanhamento domiciliar que, em algum momento, tinham relatado qualquer dificuldade para ter filhos. A partir dessa identificação, as agentes de saúde me levavam até a casa das pessoas para que eu conversasse com elas e explicasse meus interesses de pesquisa.

É necessário apontar que de acordo com o contexto da investigação as perguntas precisavam ser modificadas. No espaço dos serviços comunitários de saúde, a questão de não ter filhos era tematizada de outra forma e as perguntas que eram feitas no Hospital não se aplicavam para o diálogo nos mesmos termos em outro serviço. Minha questão era vista, em um primeiro momento, como inadequada nesse universo pelos funcionários da área de saúde pela suposição de que os *pobres* sempre têm muitos filhos. Lá onde impera o senso comum de que *problema de pobre é filho demais*, como seria possível perceber essa dificuldade e compreender como as pessoas a tem gerenciado?

Se, muitas vezes, a fala recorrente no primeiro contato nos serviços comunitários de saúde, a respeito de infertilidade, era “aqui não tem esse problema”, a partir de uma maior proximidade com as agentes de saúde, a ideia de que *dificuldade para ter filho* é algo corriqueiro (mais do que parecia ser no contexto previamente observado) começou a

16 Das quatro comunidades investigadas, havia apenas um homem como agente de saúde; eram mulheres todas as outras.

ficar mais clara. Isso se deu inclusive a partir da narração das histórias pessoais dessas mulheres fazendo com que se começasse a evidenciar a distinção dessa categoria êmica – dificuldade para ter filho – da categoria infertilidade da biomedicina.

No Hospital, o contato com as pessoas era feito a partir da apresentação dos usuários do serviço pela enfermeira no momento da consulta. Nas comunidades, por sua vez, a relação com as agentes comunitárias de saúde foi fundamental para o desenvolvimento da pesquisa. No Morro Alto, o contato feito inicialmente nas ruas – prescindindo da orientação dos profissionais do posto de saúde – mostrou-se lento. Embora fosse uma estratégia extremamente importante para uma pesquisa do tipo da que eu objetivava desenvolver inicialmente, não seria efetivada em tempo hábil por depender de uma abordagem livre das pessoas em seus locais de moradia.

Passo a apresentar algumas características dos locais e dos usuários atendidos pelos serviços de saúde e também as estratégias metodológicas adotadas. Na UBS do Hospital, o contato inicial com as agentes de saúde foi bastante intenso. Após uma primeira reunião com o diretor da unidade, eu e minha orientadora realizamos uma “entrevista coletiva”, uma espécie de grupo focal com quatro das oito agentes de saúde que compunham a equipe daquela unidade. Foi nessa primeira conversa que foi ficando mais clara a importância que teria o contato com essas mulheres. Não apenas no sentido mais *instrumental*, ter indicações sobre pessoas com dificuldade de ter um filho, mas também porque possibilitaram alguns *insights* importantes em relação às questões centrais da pesquisa, por exemplo, os modos diferentes de referir-se ao *problema*: dificuldade de ter filhos ou infertilidade; ou ainda a influência dos serviços de saúde no encaminhamento ou não aos serviços especializados.

A UBS do Hospital situa-se numa área predominantemente de classe média, mas na qual há também áreas de baixa renda, chamada de “maior vulnerabilidade” ou “risco”. Compreende cerca de 40 mil pessoas sendo 6 mil dessas nas tais áreas de risco, que são atendidas na forma de Programa de Saúde da Família. Oito agentes de saúde atuam na Unidade, onde o trabalho se centrava principalmente nas áreas consideradas de risco.

O trabalho, que se deu de forma mais sistemática no Alto da Torre e na Vila Dacol, foi iniciado em ambos com uma reunião com alguém responsável pela unidade – a enfermeira na primeira, e uma médica na segunda. Consegui entrevistar de forma mais direta as agentes do Alto da Torre, como havia acontecido na UBS/Hospital. Foi aí que a relação mais cotidiana e direta com o conjunto das agentes aconteceu: Além das saídas para as visitas domiciliares, havia interação no espaço da unidade, conversas, almoços e muito maior descontração.

A Vila Dacol é seguramente entre as comunidades onde pesquisei a mais carente em termos econômicos e a que mais se aproximaria da definição oficial de área de risco. Constitui-se em uma área de *Invasão* que, à época da pesquisa tinha o reassentamento dos moradores anunciado. Cortada por uma movimentada avenida, tinha uma de suas áreas conhecida como a “estrada de chão” ainda mais marcada pela precariedade das moradias – quase todas de madeira – e ausência de qualquer saneamento. A água e a iluminação na quase totalidade das casas são de procedência não oficial – os chamados *gatos*. Em conversa com uma das médicas do posto de saúde, ela dizia ouvir da parte de muitos moradores da vila preocupação acerca do reassentamento em função principalmente de se afastarem da área de reciclagem do lixo e passarem a pagar tarifas de água e iluminação. As atividades mais citadas eram a reciclagem do lixo junto com atividades de construção e serviços gerais, empregados/as domésticos/as e trabalhadores autônomos.

Uma das cenas que mais me chamava a atenção quando entrava nessa área da “estrada de chão” era, além do número de pessoas, incluindo crianças, pela rua/estrada, as carroças para coleta do lixo sendo puxadas por cavalos ou mesmo pelas pessoas. Ao longo de toda a estrada há um grande volume de lixo já coletado à frente e ao lado das casas.

Quando fui a primeira vez nessa área sem asfalto da Vila e verbalizei como percebia diferentes as duas áreas, a médica que me acompanhava disse já ter havido discussões na equipe do posto acerca da necessidade de tratar aquela área de forma diferente, mas alguns membros da equipe discordaram e continuava-se, por isso, a considerar as duas partes como áreas de risco. As pessoas que conhecia procediam de ambos os lados da Vila. O posto de saúde que presta assistência aos moradores dessa área é uma das doze unidades de saúde comunitária de um importante grupo hospitalar de Porto Alegre vinculado ao governo federal. Além desses serviços de saúde comunitária o grupo é formado por quatro hospitais tendo sido o maior deles referido por pessoas da área estudada que aqui é chamado de Hospital 2.

Com relação ao Alto da Torre, o fato de o posto de saúde localizar-se em uma área onde há dois outros postos próximos, gerava confusão em algumas pessoas sobre a delimitação das áreas. De fato, o contato que tive me dá acesso a uma percepção restrita da área de cobertura do posto e não de uma comunidade mais específica, de algum modo circunscrita, como era a Vila Dacol. O nome do Posto, por exemplo, Alto da Torre não correspondia a um bairro específico e três bairros diferentes foram citados por pessoas para localizar aquela área na zona oeste de Porto Alegre. O Posto Alto da Torre constitui uma unidade do PSF atuando desde 1996 nessa área. A equipe era formada por um médico, uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde.

Apesar de no bairro a que o posto está oficialmente ligado haver um rendimento médio dos responsáveis por domicílio de 3,7 salários

mínimos, segundo dados da Secretaria do Planejamento Municipal, a maior parte dos contatos estabelecidos se deu em uma das áreas consideradas de risco pelo fato de ser a área coberta pela agente de saúde que identificou o maior número de casos. Não deixa de ser curioso ter sido exatamente nessa área de concentração dos mais pobres – vistos como aqueles cujo problema é terem muitos filhos e que em uma entrevista com uma das agentes de saúde foi mencionada como sendo onde tem *tudo de ruim* em termos dos *problemas de saúde* e casos de gravidez na adolescência – ter sido localizada maioria dos casos de *dificuldade para ter filhos*.

O Alto da Torre se distinguia da Vila Dacol em termos da estrutura geral do bairro, com poucas casas que remetiam ao que eu via como *barracos* naquela Vila, e possuindo água encanada, esgoto sanitário e uma maior cobertura de serviços, como creches. No entanto, meu deslocamento diário até lá me sinalizava que estava me encaminhando para a *periferia* da cidade. Os morros íngremes que eu subia acompanhado de Elenice para encontrar as pessoas, as ruelas e becos estreitos sem calçamento davam um tom de semelhança com a outra vila. À exceção de duas casas, as residências no Alto, embora não fossem todas de madeira, possuíam em média três cômodos e alguns deles apenas dois – uma sala/cozinha e o quarto¹⁷.

Na Vila Dacol, o contato se deu de forma mais direta com uma das agentes de saúde. Tanto aí quanto no Alto da Torre eu claramente fui *adotado* por uma das agentes. Casualmente ou não, foi na área de atuação dessas agentes que quase a totalidade dos casos foi identificada. Essas agentes que me adotaram não apenas demonstravam uma maior abertura para que eu as acompanhasse em suas visitas, mas também conseguiam lembrar de mais casos que pudessem me apresentar. De fato, embora

17 Algumas informações gerais foram obtidas junto ao posto de saúde e a partir da observação nas casas das pessoas.

algumas vezes ocorresse de alguns casos serem mais conhecidos por toda a equipe, eles não eram identificados automaticamente. O exercício de *lembrar* esses casos era uma atividade aparentemente mais fácil ou mais interessante para algumas pessoas que outras.

Assim foi que Elenice no Alto da Torre e Jô na Vila Dacol foram aquelas que não apenas *lembraram* mais casos, como também se constituíram em minhas principais parceiras e interlocutoras nessa atividade de visitar e conversar com as pessoas que naquele momento de nosso encontro eram, por vezes, identificadas como mulheres que *queriam ter filhos* ou *queriam engravidar* ou *não estavam conseguindo engravidar* etc.

Mudando os contextos, mudando as perguntas

As questões discutidas neste livro são, assim, viabilizadas por duas situações etnográficas diferentes e cabe destacar que tipo de questões está presente nessa diferenciação. Na primeira situação, junto ao Hospital, foram contatados sujeitos que iniciaram uma trajetória de investigação e intervenção médica há muitos anos e já se submeteram a vários ciclos de tratamento, bem como sujeitos que estavam tendo as primeiras informações sobre os procedimentos e iniciando uma trajetória de investigação num serviço especializado, com percurso anterior de investigação e tratamento que variava entre quatro e dezessete anos. Eram esses sujeitos percebidos como aqueles marcados pela experiência da infertilidade; o Hospital visto como o lugar que dispõe das técnicas para a superação dessa dificuldade e profissionais orientados pelas possibilidades oferecidas por essas tecnologias. É a esse contexto que o discurso dos constrangimentos financeiros está centralmente relacionado, seja pela fala por parte de profissionais da necessidade de popularizar o acesso, seja na percepção de que esse acesso não está garantido para todos, o que cria nova distinção entre os pacientes – os que podem e os que não podem pagar.

A segunda situação remete aos serviços comunitários de saúde onde os profissionais orientados por sua percepção acerca da população com a qual trabalham, acionam, em um primeiro momento, o discurso de inexistência de casos de infertilidade no local. A partir desse posicionamento inicial, associado à dificuldade de imaginar que os *pobres* poderiam sofrer por ausência de filhos, começa a surgir uma tematização diferenciada, principalmente pelas agentes de saúde, mas também pelos médicos e demais profissionais das equipes de saúde, que indica a possibilidade de emergência da noção de *dificuldade para ter filhos*. O elemento central que essa opção metodológica propiciou foi a percepção de um recurso diferenciado por parte das pessoas ao serviço de saúde. Para aqueles que estavam na busca pelos serviços no Hospital, havia a expectativa de que haveria uma *solução* para um *problema*. O contato com as pessoas nas comunidades começou a demonstrar que esse processo não era tão evidente. Passei a ver que para muitos, nem mesmo haveria um problema em termos médicos a ser resolvido e o que parecia a mesma questão – a ausência involuntária de filhos – não era formulada sempre nos mesmos termos¹⁸. Ou seja, o olhar do etnógrafo havia ficado por demais marcado pelas experiências acompanhadas no hospital. Seria saudável respirar outros ares.

Na primeira fase da pesquisa, por diversas vezes, as conversas aconteceram em casa dos sujeitos que residem na região metropolitana de Porto Alegre ou em cidades do interior do estado do Rio Grande do Sul. Isto me permitiu acompanhar um pouco a dimensão do deslocamento e dos passos dados por mulheres e casais para terem acesso a serviços de reprodução assistida e pode ter orientado minhas

18 Nesse sentido evita-se nesse livro o uso do termo infertilidade para referir as situações de pessoas que involuntariamente não tinham filhos. A noção de *ausência involuntária de filhos* [*childlessness*] está mais próxima do contexto da segunda fase da pesquisa onde a categoria médica de infertilidade, enquanto uma *patologia* não se aplica. Para essa discussão, ver Inhorh e Balen (2002); ver também Vargas (1999) e Diniz (2002).

primeiras questões de pesquisa centradas na percepção da trajetória das pessoas pelo serviço. Embora tenha contatado diversas pessoas no espaço do Hospital e conversado com níveis de profundidade e tempos diferenciados, acompanhei mais de perto dezessete casais. Dentre estes, algumas características se destacam como a diversidade de origens (capital do estado e interior) de onde recorrem ao serviço de saúde; a baixa escolaridade (apenas um casal tendo concluído o ensino superior, dois outros em que ambos estavam cursando e um terceiro que apenas um dos cônjuges continuava a estudar); brancos (sendo apenas um casal identificado como negro, e três em que um dos cônjuges era negro e o outro, branco); preponderantemente católicos (sendo apenas um casal kardecista, um luterano, um com um dos membros católico e o outro evangélico, outro em que um é católico e outro luterano e um quinto casal que um dos cônjuges se diz ateu); vivendo conjugalmente há pelo menos sete e no máximo dezessete anos, em sua maioria, unidos legalmente. Um casal havia realizado sete tentativas de fertilização, os demais, em sua maioria, realizaram apenas uma ou duas, sendo que dois casais não haviam realizado nenhuma. O tempo de busca pela explicação e resolução de seu problema variava de quatro a dezessete anos.

Essa composição de sujeitos deu-se de forma aleatória a partir dos contatos via enfermeira no Hospital. Um levantamento feito no mesmo serviço aponta (em um universo de 279 casais, entre 2005 e 2007) que a maior parte dos usuários pode ser classificada como pertencentes às classes médias levando-se em conta a ocupação (comerciantes, profissionais de áreas administrativas de nível médio – maiores percentuais) e escolaridade (mais da metade possui no mínimo o segundo grau completo) destes. Dentre essa amostra, a principal causa de infertilidade é feminina (65,5%, contra 17,9% masculina), cuja idade média está na faixa dos 30 aos 40 anos (MACEDO et al, 2007).

A segunda fase da pesquisa nas comunidades referidas implicou em um contato com um conjunto amplo de pessoas não apenas com trajetórias diferenciadas, mas também características distintas em termos sociais e econômicos. São todas moradoras de bairros populares de Porto Alegre e, mesmo aquelas que haviam recorrido a serviços de saúde, não haviam chegado a se submeter a nenhum dos procedimentos de reprodução assistida de maior complexidade. Dos 12 casais acompanhados nessa etapa, apenas dois haviam feito cursos técnicos em nível médio e dois falaram ter 2º grau incompleto. Dos demais, apenas um havia concluído a 1ª fase do ensino fundamental, tendo o restante deles interrompido os estudos nos anos iniciais do ensino fundamental – o que configurava um nível de escolaridade sensivelmente mais baixo em relação às pessoas contatadas no Hospital. Dois casais disseram não ter religião e dois serem evangélicos, enquanto os demais responderam ser católicos, muito embora uma mulher tenha dito *frequentar outras religiões* e outra não ser mais *muito ligada em religião*. Metade das mulheres é dona de casa e aquelas que trabalham fora, bem como os homens, estão ligados a trabalhos não especializados, refletindo o baixo grau de escolaridade. Cinco têm filhos de relações anteriores e três adotaram filhos em sua relação atual.

A dinâmica dessa segunda fase da pesquisa foi marcada por uma primeira visita à casa das pessoas identificadas pelas agentes de saúde como tendo *dificuldade para ter filho*. Em alguns casos, eu conversava com a mulher ou o casal já nesse primeiro momento e em outras eu agendava um segundo momento para retornar à casa. Para fins de esclarecimento do que estava sendo identificado como uma demanda por um tratamento de saúde ou não, era importante o mapeamento do histórico médico dessas pessoas. Em alguns casos era possível perceber períodos longos de acompanhamento médico onde a questão de *não ter filho* aparecia sem que isso tivesse resultado num encaminhamento para os serviços especializados.

Nessa fase também a minha compreensão do que eram questões importantes para a pesquisa ia se esclarecendo na convivência com as agentes de saúde, particularmente, mas também com os demais profissionais das unidades de saúde, como médicos/as, enfermeiros/as e auxiliares de enfermagem. Havia sempre uma tensão entre minha demanda para que identificassem *casos* a serem pesquisados e a minha insistência de que não estava tratando esses *casos* como se tivessem que ser inevitavelmente um problema de saúde. Pode-se dizer, em certo sentido, que o próprio desenvolvimento da pesquisa e a minha presença no serviço de saúde *interfere* no olhar dos profissionais sobre o que é uma *dificuldade para ter filho*. Não apenas porque é possível passar a se entender *casos* de forma diferente, mas porque se passa mesmo a notar aqueles que antes não eram percebidos assim. A forma como essa relação se deu e como as demandas se constroem na interface dessas várias vozes será tratada no capítulo 4.

Em virtude das exigências próprias do espaço do hospital, foi solicitado o consentimento por escrito das pessoas entrevistadas na primeira etapa da pesquisa. Na segunda fase da pesquisa, cheguei a solicitar de alguns casais o consentimento e a assinatura do termo. Os desdobramentos da pesquisa começaram a me fazer ver aquele procedimento como fora de contexto. Não era a vinculação com o hospital que havia posto como condição o Termo de Consentimento que definia a minha relação com aquelas pessoas tampouco elas estavam sob tratamento médico necessariamente. Não usei mais o termo de consentimento com todos nessa segunda fase e foi o meu posicionamento em campo e a minha busca de ser o mais explícito possível com as pessoas sobre as minhas intenções de pesquisa que marcaram o caráter ético da investigação. Busco trazer para o texto o caráter reflexivo de minha prática etnográfica da forma mais transparente possível. Mesmo sabendo que minhas dificuldades e constrangimentos em campo não retiram

a dimensão de violência simbólica de minha prática (BOURDIEU, 1997), considero que não há outro caminho para o enfrentamento da questão que a explicitação de minha presença e meus objetivos.

Ao considerar as diferenças entre esses dois grupos não estou advogando nenhuma diferença substantiva entre eles. Também não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito – menor grau de escolaridade, menor renda e menor medicalização (e seu contrário). Os exemplos de pessoas nas comunidades que estavam em busca dos serviços de saúde com vistas a ter um filho impedem simplificações. Da mesma forma, algumas pessoas contatadas no hospital não se diferenciavam substancialmente da maioria daquelas contatadas nas comunidades. São essas indicações de semelhanças e especificidades que me levaram a acompanhar as trajetórias dessas diferentes pessoas com vistas a perceber como essas diferenças se constroem nessas trajetórias, na prática das pessoas, e não como algo que as antecede.

CAPÍTULO III

CONSTRUINDO UMA LUZ NO FIM DO TÚNEL: QUANDO O DESEJO DE FILHOS BUSCA NA MEDICINA SUA FORMA DE REALIZAÇÃO

Em que situações a falta de filhos é vista como um problema de saúde e *ter um filho* converte-se em um projeto que demanda atenção médica? Quando uma dificuldade para engravidar ou dificuldade para ter filho se converte em infertilidade? O que torna alguns casais dispostos a pagarem o preço em todos os sentidos pelo projeto de um *filho de sangue*? Nesse projeto, de que forma estão relacionadas as iniciativas para garantir o acesso de quem não pode pagar clínicas privadas com a constituição do desejo de filho biológico e uma menor ênfase em formas alternativas de ter filho, ou, de forma mais abrangente, constituir família? A propagação do discurso de popularizar o acesso resolve um problema ou consolida uma demanda? Quais elementos presentes na trajetória dos casais investigados configuram o contato e o desenvolvimento de uma busca por tratamento? Na definição dessas trajetórias, que elementos estão relacionados ao tipo de abordagem metodológica desenvolvida na pesquisa? Dentre as questões pontuadas, quais delas podem ser pensadas como diferentes formas de concepção

e quais se referem a diferentes momentos nos quais se deu o contato do pesquisador com as pessoas?

O desenvolvimento da pesquisa apresentou uma grande diversidade de compreensões, estratégias e caminhos de pessoas que desejavam ter um filho. Desde situações de casais convivendo com a ausência de filhos por anos, casais que haviam adotado, casais que pensavam em adotar, casais que desconfiavam ter alguma dificuldade para ter filhos e tinham procurado médico para investigar isso, bem como casais que não o haviam feito. Dentre aqueles que identificaram a dificuldade para ter filhos como uma questão a ser resolvida pela biomedicina, há também uma marcante diversidade de perfis e trajetórias. Desde casais que narram longos períodos de investigação e busca, incluindo aí o uso de técnicas avançadas de reprodução assistida, como aqueles que recorrem a médicos, mas não chegam aos chamados serviços de alta complexidade.

Nesse capítulo e no seguinte serão apresentados caminhos de interpretação para as várias questões que tentam dar conta dessa diversidade de experiências. Nesses dois capítulos, apresentarei as trajetórias de mulheres, homens e casais que conheci entre os anos 2006 e 2008. O objetivo central é marcar as diferenciadas formas de lidar com a ausência involuntária de filhos. No presente capítulo serão destacadas as trajetórias daquelas pessoas que de forma prioritária assumiram a biomedicina como saída para essa questão – as pessoas que conheci a partir da pesquisa no Hospital. Ao afirmar “de forma prioritária” quero enfatizar desde já que, embora seja possível perceber diferenças relacionadas a grupos, o desejo de *filho biológico* ou *de sangue* ou *meu mesmo* é disseminado de forma geral. As pessoas com quem falei deixam saber que *querem* um filho biológico, mas os meios a que se recorre e a intensidade dessa recorrência para sua concretização são flagrantemente distintos.

A busca por iluminar as perguntas aqui formuladas não pretende criar uma tipologia ou afirmar que casais sob determinadas condições tendem a tomar algumas decisões e não outras esperando disso uma regularidade. No entanto, querer afastar um raciocínio causal não impedirá que se localizem determinados processos que constroem e reforçam essas decisões. É pela valorização de um filho biológico que as pessoas acreditam e procuram o saber médico como saída e resposta. O encontro entre o desejo das pessoas e uma instituição que oferece um serviço – sem que se possa dizer que uma coisa surge antes da outra – produz certas condições a partir das quais as decisões são tomadas. O mapeamento desses vários e distintos encaminhamentos é o objetivo mesmo a ser perseguido no capítulo. Elucidar as diferentes trajetórias é elucidar a forma como as escolhas se constroem.

Para viabilizar a exposição desse argumento, em um primeiro momento apresentarei trajetórias de casais que evidenciam algumas percepções comuns sobre a identificação da dificuldade para ter filhos. Após essa identificação, destacarei os passos seguidos em busca de um diagnóstico médico e possível tratamento para a realização do desejo de um filho biológico. Na sequência, inserirei essas trajetórias na discussão sobre o acesso ao serviço público de saúde na forma como refletido no primeiro capítulo. Discutirei ao final do capítulo como as percepções acerca das dificuldades para acessar serviços de reprodução assistida estão relacionadas com a percepção de problemas mais gerais em relação ao serviço público de saúde no Brasil. Ao focalizar essa relação buscarei fazer um mapeamento da forma como o serviço de reprodução assistida tem se configurado no contexto do Rio Grande do Sul em suas conexões entre rede pública, destacados aí os hospitais universitários, e as clínicas privadas. Espera-se que as narrativas das trajetórias dos casais a seguir possam elucidar de forma mais geral esse contexto e não apenas situá-las como respostas individuais a problemas do âmbito do casal.

Embora perpassse todo o itinerário da pesquisa e tenha encontrado pessoas destinadas a *terem* um filho biológico ao longo de todo o percurso da investigação, as questões problematizadas nesse capítulo correspondem de forma mais direta ao contexto da investigação etnográfica no Hospital ou a pessoas que recorreram a esse espaço em algum momento. Se o contato não foi feito diretamente no Hospital, ao menos a maioria das pessoas que serão apresentadas aqui nesse capítulo havia iniciado um processo de investigação de suposta *infertilidade* ou de dificuldade para engravidar que tinha por referência os serviços de saúde. Como referi no capítulo introdutório, foram contatados sujeitos que haviam iniciado há muito tempo uma trajetória de investigação e tratamento, tendo se submetido a vários ciclos de tratamento. Havia também aí pessoas que estavam tendo as primeiras informações sobre os tratamentos e iniciando uma trajetória de investigação num serviço especializado, com percurso anterior de investigação e tratamento que variava entre quatro anos e quase duas décadas.

Esses sujeitos contatados no Hospital podem ser identificados como sendo aqueles que são enquadrados na categoria biomédica de infertilidade. A definição médica de infertilidade refere-se à ausência de gravidez após um período de 12 meses sem uso de contraceptivos. A partir dessa definição, o Hospital é visto como o lugar que dispõe das técnicas para a superação dessa dificuldade, transformada, nesse espaço, em uma patologia e que dispõe de profissionais orientados pelas possibilidades oferecidas pelas tecnologias conceptivas. É a esse contexto que o discurso sobre os constrangimentos financeiros ao acesso às tecnologias está centralmente relacionado. No âmbito do Hospital e no contato com as pessoas que já recorreram ao mesmo percebe-se a construção por parte dos profissionais e dos usuários da necessidade de popularizar o acesso. Esse pleito se constrói na percepção de que o acesso não está garantido para todos criando uma

distinção entre os pacientes – os que podem e os que não podem pagar as clínicas privadas. Quando a pesquisa avançou foi possível identificar que mesmo entre os potenciais usuários desse serviço novas distinções são criadas com base na mesma diferenciação social e econômica.

Uma pedra no meio do caminho: Como os usuários narram sua trajetória

A fase da ambivalência

Cleiton e Deise estavam muito apressados quando os conheci no Hospital após a consulta com a enfermeira. Por isso agendei rapidamente uma visita a sua casa na semana seguinte. Casados há 15 anos, Deise tinha 31 anos, terminou o 2º grau, faz curso Técnico em Administração e trabalhava como operadora de máquina de bordado numa fábrica de tecidos. Cleiton, 36 anos, cursava o 4º semestre de Administração em uma faculdade privada, depois de ter cursado até o 8º semestre de Engenharia e ter desistido; Trabalhava numa metalúrgica desenhando projetos mecânicos. Ambos são católicos.

No início da conversa em sua casa, expliquei que estava fazendo uma pesquisa “sobre a vontade de as pessoas terem filhos e o que elas faziam para terem esses filhos”. Perguntei se eles percebiam que “sempre” quiseram ter filhos ou em que momento identificavam que haviam começado a “pensar nisso”.

Cleiton diz:

– *A gente sempre quis, mas explica como o projeto de ter um filho foi adiado em um primeiro momento porque queriam “primeiro trabalhar, ter as coisas da gente, ter algum conforto, uma situação financeira estável”.*

Deise confirma dizendo:

– Na verdade a gente evitou, mas desde que a gente casou a gente já queria, mas queria ter as coisas primeiro. Aí depois de uns oito anos a gente começou a tentar... A gente ainda era novo, achava que não ia ter nenhum problema.

Contrariando o pressuposto do senso comum de que apenas pessoas de classes mais altas partilham o ideário de a decisão de ter filhos significar uma fase posterior aos investimentos para *ter as coisas*, muitos sujeitos iniciaram suas falas dizendo “no começo a gente se cuidou”, como nesse caso de Cleiton e Deise. Embora, nesse caso, a contracepção não seja apresentada como algo rigoroso, o fato é que a absoluta maioria não apresenta a noção de que quiseram ter filhos desde que se conheceram. A ideia geral é que após um período decidiram ter filho. Como já pontuado por algumas autoras (BECKER, 2000; DINIZ, 2002), a infertilidade ou a dificuldade para ter filhos só se configura no momento em que o desejo de filho se instala. O que essas pessoas vão dizer é que o fato de “desde sempre” quererem ter filhos não os impediu de por outros projetos como prioridade. Se não estava colocado o desejo de ter filho naquele momento específico a noção de que existiria com eles alguma dificuldade também não se colocava.

No momento em que se para de adiar a realização do desejo que *sempre existiu*, alguns falam que *estranharam* a princípio não acontecer a gravidez. Outros seguem tentando por mais tempo, esperando para ver o que aconteceria. A noção de que existiria “alguma coisa errada” vai sendo construída ao longo dessas tentativas, como me disse Cleiton aquela noite em sua casa:

– A gente parou de evitar e esperou um ano, aí não aconteceu nada... Não tomava pílula e não acontecia nada... Depois no fim desse ano, teve um mês que não vieram as regras.

E Deise continuou:

– Isso. Passou uns quinze dias e eu não menstruei. Aí a gente achou que eu estava grávida e foi fazer o exame e não deu nada, o teste deu negativo.

Essas primeiras colocações de Deise e Cleiton iriam compor uma trajetória partilhada por dezenas de casais que eu encontraria. Dividirei essa trajetória narrada pelos casais em três momentos que podem ser subdivididos em um conjunto muito maior de etapas. Embora não seja uma classificação rígida, visto que o tempo e os contornos desse caminho são variados, é possível perceber que comportam elementos comuns ou aproximados¹⁹. Essa narrativa de Cleiton e Deise foi por mim definida como sendo o **primeiro momento** na trajetória de explicação e superação da dificuldade para ter filhos – a **fase da ambivalência**.

Nomeio *da ambivalência* por referir-se a uma fase de desconfiança e descobertas sem que se tenha muita clareza do que está ocorrendo. É um período de dúvidas e incertezas. Para muitos, embora se “desconfie” que “algo está errado”, ainda não se percebe essa situação como indicando uma impossibilidade. Compreende o período pós união do casal e estende-se até a identificação de algum tipo de dificuldade para ter um filho, seja tempo prolongado sem engravidar, abortos espontâneos, ou problemas de saúde variados. Como no caso de Deise e Cleiton, muitas vezes esse momento é marcado pela opção de, nos primeiros anos de casamento (em alguns casos, apenas meses), focar no trabalho para primeiro *ter as coisas* – bens materiais, estabilidade financeira.

19 A apresentação que faço dessas etapas coincide em vários pontos com a dinâmica definida pelo Hospital para o acesso dos casais, como apontado em Allebrandt e Macedo (2007, p. 19-21): a) consulta de um ginecologista no Posto de Saúde com encaminhamento para um serviço especializado; b) uma primeira consulta em um hospital, em geral em Porto Alegre; c) realização de uma bateria de exames de investigação de infertilidade e exames sanitários e d) escolha da técnica a ser utilizada e realização do procedimento. No entanto, abordo essas trajetórias do ponto de vista dos casais que as percorrem sem que haja necessariamente uma passagem por todas essas etapas nem que sejam experimentadas sempre da mesma forma.

A primeira atitude para a realização do desejo de ter um filho vai ser “parar de se cuidar”. Quando *decidem* ter um filho e suspendem o uso de anticonceptivos, dá-se a descoberta de que havia um *problema* - não conseguir engravidar espontaneamente. Essa fase se fecha com uma tomada de consciência de que existe um *problema* o que, para essas pessoas, demandará ajuda médica.

A fase da busca

O **segundo momento** nasce dessa identificação de um *problema* ou a desconfiança de que *alguma coisa está errada*. Passa-se daí à busca de médicos, em geral na cidade onde vivem, mas outras vezes em cidades maiores da região. É a **fase da busca**. Sigamos ainda com Cleiton e Deise e a forma como vivenciaram esse momento. Nessa fase da pesquisa, eu estava muito interessado em entender essa trajetória. Em geral os primeiros momentos de contato com os casais demandavam um tempo importante para entender esse itinerário quanto a intervalos, decisões, mas também as próprias nuances mais técnicas da investigação e do tratamento médico.

Deise e Cleiton me haviam dito que passaram a tentar ter um filho depois de cerca de oito anos de casados. Assim, me interessava perceber quando eles haviam ido ao médico com uma demanda específica para *ter um filho*. Pelo fato de terem seguro saúde da empresa onde Cleiton trabalhava eles foram primeiro a um médico particular que identificou cistos nos ovários e encaminhou Deise a um cirurgião para a retirada desses cistos. Deise foi calculando em voz alta:

– Foi 2001, 2002... Foi 2002 porque eu me lembro que em 2003 é que a gente foi para o cirurgião, aqui em Canoas.

Esse cirurgião não foi consultado via plano de saúde, mas pelo SUS. Após fazer uma videolaparoscopia foi diagnosticado também endometriose, o que naquele momento em que eles me falaram eu não tinha a menor

ideia do que se tratava. Depois que eles pacientemente me explicaram o que era endometriose, Deise continuou narrando os procedimentos médicos que se seguiram a esse diagnóstico pelo *cirurgião do posto*:

– *Ele retirou os cistos maiores e passou umas injeções que eu tive que tomar por seis meses, uma por mês. Depois disso eu ia passar um ano sem menstruar.*

Eu demonstro surpresa com o intervalo e Cleiton com um grande domínio dos nomes de remédios e exames ajuda:

– *É, essas injeções era o Zoladex... que era para poder resolver o problema da endometriose. Para isso ela não podia menstruar. Isso foi 2004... Ai depois de tomar as injeções e passar esse ano a gente voltou para o primeiro médico.*

O tempo todo eles iam me dando essas informações na relação e na comparação entre o médico do seguro privado e o *cirurgião do SUS*. Vários casais referem esse duplo uso – para o que há cobertura nos planos de saúde, recorre-se ao serviço privado e para o que não é coberto recorre-se ao SUS, o que alguns autores chamam de “uso seletivo do SUS” (GERSHMAN; SANTOS, 2006, p. 185). Aqueles que não têm planos de saúde se ressentem dessa impossibilidade o que implica em mais tempo no processo de investigação. No caso de Cleiton e Deise essa comparação é feita sempre como havendo uma preferência pelo plano de saúde para os procedimentos cobertos por esses planos.

A definição de uma cobertura mínima para os beneficiários de planos de saúde é estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que definiu na Resolução Normativa nº 167, publicada em 10 de janeiro de 2008 a lista dos procedimentos obrigatórios. Nesse novo “rol de procedimentos” entre os destaques anunciados estão os procedimentos no campo da contracepção como DIU, laqueadura e vasectomia. Embora anunciados sob a denominação de planejamento familiar, os serviços de inseminação artificial não estão previstos.

Em abril de 2009, um projeto aprovado no Senado prevê a inclusão desses serviços no âmbito do planejamento familiar, sem que ainda tenha se equacionado essa orientação com a exclusão da obrigação pelos planos de oferecer serviços de reprodução assistida de acordo com o rol da ANS.

Em meio a essa falta de clareza e indefinição, o percurso desenvolvido pelos casais até serem diagnosticados *inférteis* ou incapazes de *ter filho por vias naturais* pode ser longo. Acompanhei situações entre dois e dez anos de procura por explicação desde o momento em que o casal decide *parar de se cuidar* até esse diagnóstico. Os recursos de diversas ordens de que disporão fará diferença nesse caminho. Em alguns casos, serão os médicos no local de residência que sugerirão, no momento da consulta, o encaminhamento, seja para uma clínica particular, seja para o Hospital, como foi o caso do *médico do plano* de Cleiton e Deise. Em outros casos a existência de um tratamento pode ser informada por amigos ou familiares que conheceram por experiência própria ou mesmo via TV, jornal e Internet.

Outros, quando encaminhados pelos médicos de suas comunidades locais para o tratamento de infertilidade, cogitaram a possibilidade e até consultaram clínicas particulares, mas acabaram por desistir em um primeiro momento em virtude dos altos preços. Seguindo a forma como está estruturado o serviço de saúde na lógica do mais simples, a assistência básica, para os serviços de maior complexidade, as pessoas que seguem para o Hospital invariavelmente citam a necessidade de encaminhamento via Posto de Saúde local, sempre referido como *Postinho*, como disse Deise:

– A gente ficou nesse tratamento até setembro de 2005. Aí o *médico do plano de saúde* encaminhou a gente para o *postinho do bairro*. Depois a gente foi para o *posto do centro em Canoas*. Aí de lá do centro é que encaminharam para Porto Alegre, para o Hospital. A gente foi chamado no Hospital em fevereiro de 2007.

Por terem feito esse percurso em menos de dois anos, Cleiton e Deise se assustaram quando lhes falei que conhecera pessoas que esperaram até quatro anos para serem chamadas. É essa referência ao tempo que se leva até serem chamados ao Hospital um dos pontos mais destacados pelos casais e que já me tinha sido anunciado pelo atendente do Hospital desde minha primeira ida até lá. Também a *perda de papéis* que os fazia terem que reiniciar o processo, entrando de novo na fila, foi citada por Cleiton e Deise como elemento a mais nas dificuldades enfrentadas.

Um dos elementos comuns nas narrativas dessas pessoas é o fato de que essa trajetória é marcada por uma constante superação de obstáculos. Nessa narrativa o serviço de saúde é visto como algo de difícil acesso e que demanda um alto investimento de tempo, emocional e financeiro. Envolve desafios como madrugadas insones, solicitação de afastamento de trabalho, fila para conseguir vaga na ambulância da prefeitura, mais de um ônibus para chegar até a capital, esperas em filas, negociação de preços e expectativas, apreensão de novos códigos e conhecimentos médicos específicos, etc.

Para os casais que já têm percorrido os serviços de saúde disponíveis em sua região de moradia esse é um momento central. O ponto definitivo aí é a *descoberta* de que existe um serviço em Porto Alegre, que é pelo SUS. Para muitos casais que já haviam desistido de procurar, em função dos altos preços das clínicas privadas, a referência a esse serviço reacende a expectativa de conseguir ter um filho.

A fase *Luz no fim do túnel*

Dada a importância da referência à *descoberta* do serviço do Hospital, este é o **terceiro momento** da trajetória por mim caracterizada: o encaminhamento e a chegada ao Hospital em Porto Alegre. Há uma conotação de **luz no fim do túnel** na descoberta desse serviço e este momento inaugura a aproximação a um conjunto novo de informações e rotinas que cada casal passará a incorporar em seu dia a dia: 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.

Esses elementos fazem com que nessa fase se desenvolva uma relação muito particular com o Hospital. Se nos momentos anteriores havia expectativa, essa começa a se materializar na forma de rotinas próprias desse universo. A própria forma como todos se referem ao *Hospital* aponta para o aprofundamento dessa relação. Aqueles que veem a entrada nesse espaço como a *luz* que faltava em sua trajetória podem ser percebidos como os que passam a vivenciar de forma mais direta o processo de medicalização iniciado, para a maioria deles, há muitos anos.

A narração que Roberta (38 anos, branca, ensino médio) e Jânio (45, branco, ensino fundamental), donos de um salão de beleza, fazem do momento de descoberta do serviço em Porto Alegre e as estratégias para *chegar lá* mostra vários elementos da centralidade dessa relação com o Hospital. Roberta destacará as estratégias utilizadas para conseguir uma vaga no hospital e mesmo tentativas de *furar a fila* em virtude da demora para serem chamados, além da perda de documentos que os fizeram perder tempo. Roberta que à época que ficaram sabendo do tratamento em Porto Alegre trabalhava em um hospital em sua cidade

– tinha uma colega de trabalho com *conhecimento* em Porto Alegre. Em virtude da demora em serem chamados a partir do posto de saúde onde haviam se inscrito ela se beneficia dos *conhecimentos* que sua amiga tinha na capital. Essa amiga lhe indicara, em 2001, um médico particular que também era do Hospital:

– A gente pagou a primeira consulta particular e ele encaminhou a gente para o Hospital. Primeiro os médicos fizeram os exames e também não sabiam o que era. Aí disseram ‘vamos começar com o tratamento mais simples’ e tomava o remédio e fazia a Inseminação Artificial. Foram três tentativas e nada. E cada vez que ia a gente tinha que se preparar para poder comprar o remédio também. Aí a gente passou um ano sem ir. Não foi nem um ano, uns dez meses, e quando voltou a nossa ficha não estava mais lá e Dra. Ana disse ‘vocês vão ter que começar de novo’ [dar entrada no hospital via posto de saúde]. A gente chegou a pensar que não tinha mais jeito.

Em sua narrativa, muitos acontecimentos são apresentados como coincidências, ao mesmo tempo em que o estabelecimento de redes de amizades e contatos feitos ao longo do processo viabilizam o enfrentamento dessas dificuldades.

– Vê só como são as coincidências da vida!

Ela fala como se me preparasse para narrar uma longa história e me conta de uma pessoa que conhecera no Hospital e teria mudado o rumo de seu tratamento:

– Eu liguei e contei a ela a situação no Hospital e ela me disse ‘você não vai acreditar’. Ela era diretora de um posto de saúde em Porto Alegre, ‘eu vou encaminhar você por aqui’. Aí não demorou, a gente foi chamado logo.

O recurso usado por eles, de primeiro irem a uma clínica privada e daí serem encaminhados ao Hospital, é apenas um das estratégias usadas pelas pessoas para *furarem a fila* frente ao tempo médio de dois anos de espera. Esse tempo de espera é também prolongado para alguns por

desaparecimento de papéis, como vimos. Outro recurso muito comum é dar entrada em locais diferentes de sua região de moradia onde se considera ser mais rápida a chamada. Para alguns, iniciar a investigação via clínica privada, mesmo que seja apenas uma consulta, torna-se inviável pelas mesmas razões financeiras. Cleiton e Deise fizeram o mesmo percurso de Roberta e Jânio e apontam esse recurso com o intuito de adiantar o serviço:

– Quando a gente chegou lá no Hospital já tinha se informado muito. A gente começou pesquisar e viu pela Internet todas as clínicas de reprodução assistida de Porto Alegre e acabou se decidindo pela clínica do Dr Petrônio... Ele de cara já disse que o caso da gente ia ser FIV porque uma das trompas dela estava meio obstruída. Ele disse que inseminação artificial não ia resolver por causa disso. Se tivesse que ser natural teria só uns 8% de chance. E ele mesmo encaminhou ao Hospital... Se fosse particular a gente até podia fazer, mas só podia fazer uma tentativa e no Hospital pode tentar até três vezes.

Deise diz que:

– ... desde o começo o médico do plano de saúde dizia para a gente procurar o Hospital... Eu sou muito agradecida a ele. Ele que orientou a gente... Enquanto o outro só dizia ‘tu vás engravidar, Deise’. Eu lembro que uma vez o médico disse ‘É assim, Deise, você quer comprar um remédio, mas você está indo na padaria... Você tem que ir direto ao lugar certo’.

Pela importância do Hospital ressaltada nesse terceiro momento, visto a princípio como o “lugar certo” a que se deve recorrer, é importante identificar diferentes passos na trajetória, a partir daí que marcarei como **diferentes etapas desse terceiro momento**. Quando referem o processo de entrada no Hospital, existe uma *primeira etapa* onde se passa por diferentes médicos que iniciarão a investigação das causas de infertilidade. Embora, a princípio, quando pergunto sobre o serviço oferecido, seja feita uma avaliação positiva do atendimento de forma

geral, à medida que convivo mais de perto com os usuários, inicia-se a narração de uma série de críticas a esse serviço. Uma delas é a diversidade de profissionais por que passam fazendo com que em cada consulta muitas vezes seja necessário retomar questões já postas nas anteriores. Outro ponto recorrente dessa crítica é o fato de serem atendidos por médicos-residentes. Apesar das críticas, esse é visto como o momento importante onde, em geral, conseguem se aproximar de um diagnóstico. Aqueles muitos anos de procura poderão ter aqui uma resposta que os conduzirá rumo aos procedimentos de maior complexidade.

No momento em que têm esse diagnóstico e ficam sabendo que serão encaminhados ao “setor de infertilidade” muitos dizem que foi apenas aí que ficaram sabendo do preço dos medicamentos, iniciando a *segunda etapa* que estou considerando. Muito embora, todas as informações que recebi de profissionais e funcionários do hospital desde o início destacassem que os medicamentos não são cobertos pelo Hospital, muitos usuários disseram que só obtiveram essa informação nesse momento. Há uma crítica a como esse tema é mencionado, segundo eles, de forma grosseira e percebido por outros como um questionamento da possibilidade de eles darem continuidade ao tratamento. A *terceira etapa* após a entrada no Hospital é a realização da consulta com a enfermeira. Os usuários foram unânimes ao referir essa terceira fase como importante onde muitos deles, finalmente, dizem, conseguiam as informações que precisavam em relação ao tratamento como um todo e os medicamentos – seu preço e formas de compra. Essa avaliação positiva que, no entanto, não esgota tão facilmente todas as suas dúvidas, será retomada adiante.

Assim como Roberta e Jânio, a forma como Deise e Cleiton falam indica um maior conhecimento desses procedimentos e uma possibilidade de pesquisa que não é característica da maioria das pessoas que conheci. Por suas pesquisas na Internet e consultas na clínica privada, Cleiton conta que quando chegaram para a consulta com Sílvia já estavam “com

tudo encaminhado, já tinha até encomendado o remédio”. Deise diz rindo que falou para Dra Sílvia:

– *Eu já dei minha baforadinha hoje.*

E Cleiton ainda complementa:

– *É o seguinte, a gente sabia que o remédio tinha que regular com a menstruação dela e no dia da consulta era o primeiro dia, aí a gente começou logo. A gente pensou ‘não vamos perder um mês de novo’.*

A forma como cada um vai lidar em cada um desses momentos tem a ver com o domínio de códigos e a possibilidade de investigação, o que está associado a nível de escolaridade, rede social, embora não sejam definitivos. Além das informações possíveis de serem acessadas, a possibilidade de efetivamente submeter-se ao tratamento demandará a capacidade de agenciar pessoas e recursos também de forma diferenciada.

Essa expectativa de que o tratamento no Hospital é financiado pelo SUS faz com que a maioria dos usuários que entrevistei imagine que não precisariam pagar nada. Dessa forma, um dos maiores impactos narrados é a descoberta, para alguns, de que ainda teriam que pagar e, para a grande maioria, o valor elevado desses medicamentos. “Mas não é pelo SUS?”, perguntam. O conhecimento prévio à chegada ao Hospital que cada um tem dos preços e do tratamento em si variam muito de acordo com vários elementos que serão abordados na sequência. Quanto menor esse conhecimento, maior a tendência a um choque pela descoberta de que há que pagar pelo medicamento o que, em geral, está associada a uma menor capacidade de agenciar saídas para a superação desse obstáculo.

Tânia e Everton foram o casal mais jovem que conheci no Hospital. Ela com 27 anos e ele com 24, estavam juntos há seis anos, em uma união estável, como me disse Tânia. Estudaram o primeiro grau e ao momento de nossa conversa estavam ambos desempregados. Ela trabalhara a maior parte do tempo como empregada doméstica, mas também já fora telefonista. Eric disse trabalhar antes “com essa parte de empreiteira...

construção civil, mas mais autônomo, fazendo bico...”. Tânia me explicou que já tinha sido casada anteriormente, quando perdeu um bebê aos seis meses de gravidez e que passou dez anos tentando entender, em diferentes serviços de saúde, a razão de não conseguir engravidar de novo.

Nosso encontro se deu poucos dias após sua primeira consulta com a enfermeira onde apenas ali tinham conseguido uma resposta mais satisfatória sobre as dificuldades para terem filhos. Com relação aos obstáculos para darem continuidade ao tratamento, em sua condição de desempregados, os dois me falaram que foi só na consulta inicial, já no Hospital, que ficaram sabendo que teriam que pagar pelos medicamentos. Eric falou destacando os elementos de surpresa e temor surgidos dessa descoberta:

– A gente foi consultar com o médico, ele olhou os exames e perguntou ‘Vocês vão ter quatro mil reais para pagar? Se tiver aí vocês vão fazer, mas senão vocês esperam e enquanto isso vão tentando, quem sabe conseguem engravidar e aí economizam quatro mil’.

Eric fala sorrindo e ao mesmo tempo um pouco tenso. Tânia continua dizendo que ficaram “com muito medo e sem entender nada”. Isso os fez tomarem uma curiosa decisão para a consulta seguinte como me falou Eric:

– A gente não sabia o que o médico queria dizer, se era para a gente pagar isso para ele, se era algum esquema, alguma coisa... Aí a gente gravou no celular.

Essa perplexidade estará presente o tempo todo em sua narrativa, assim como o discurso do medo, apontando para uma relação desigual. Para a maioria dos casais com quem já havia conversado e já tinha se submetido a alguma tentativa, o desafio central nesse momento era acionar suas redes de apoio, conseguir crédito e prazo para pagar os medicamentos. Eric e Tânia em sua situação de desempregados e sem terem familiares a quem recorrer diziam o tempo todo que não sabiam o que fazer para dar continuidade no Hospital.

As etapas anteriormente narradas são inegavelmente pontuadas por uma estruturação de serviços de saúde que vai pondo limites de diferentes ordens para as pessoas. O objetivo é o mesmo – ter um filho biológico. No entanto, os caminhos que cada um vai seguir trazem para além das especificidades de cada *caso clínico*, um conjunto de elementos que impactam de forma diferenciada cada uma das pessoas. Em primeiro lugar, as pessoas que recorrem ao Hospital já o fazem pela impossibilidade de pagarem serviços privados. Embora a qualidade do serviço não seja questionada em primeiro plano e, muito mais, a dificuldade de chegar até ele e a restrição de número de tentativas, mesmo por aqueles casais que tinham feito tentativas em clínicas privadas, a distinção entre público e privado – presente em toda a trajetória e não apenas em relação ao tratamento mais complexo –, é uma frequente que deve ser considerada. Enquanto representação do público, o SUS é, ao mesmo, tempo louvado como saída e questionado quando comparado com o serviço privado.

Como eu já havia sido informado pelo recepcionista do setor de ginecologia na minha primeira ida ao Hospital, bem como pelo médico do serviço de reprodução assistida, existe um serviço via convênio no mesmo hospital, onde as pessoas podem pagar valores inferiores aos praticados nas clínicas privadas. A explicação que o médico me deu em nossa primeira conversa é que os recursos obtidos com o pagamento desse *plano privado* no Hospital seriam revertidos para o tratamento daqueles que recorriam ao hospital, via SUS. Dos casais que conheci apenas um tinha feito uma tentativa *via convênio*, mas estava se preparando para fazer a segunda *via SUS* por não terem como arcar com os custos do segundo ciclo.

Apesar de todas as dificuldades – como foi o caso de Marina e Damião que se endividaram em doze mil reais por meio de empréstimo bancário – esses casais vislumbravam a possibilidade de ao menos uma tentativa.

Alguns casais diziam que não tinham dinheiro, mas tinham crédito, poderiam se endividar; outros podiam se desfazer de bens ou ainda *cortar os supérfluos*, como me disse Roberta. Sem nenhuma dessas alternativas, as circunstâncias de Everton e Tânia os faziam apontar para outras possibilidades para conseguir fazer o tratamento, como Everton trouxe à cena. Ele me pergunta se eu tinha visto na televisão, no domingo passado:

– *Passou no Programa do Gugu, duas mulheres ganharam o tratamento completo.*

Eu disse que não tinha visto e Tânia continuou empolgada:

– *É, as duas ganharam o tratamento. Tem aquele programa que eles dizem para a gente escrever contando seu sonho. Aí uma amiga mandou uma carta no nome da outra e ela foi chamada no programa. Na hora, a outra já ia saindo, aí a mulher [a representante do laboratório/clínica que ia oferecer o tratamento] chamou ela e disse ‘Você acha que a gente não ia oferecer para você também?’. A amiga também tinha o mesmo problema, mas ela não mandou no nome dela, mandou no nome da outra. Era o mesmo problema que eu tenho, nas trompas. Eu vi aquilo e eu disse para Everton: ‘Olha, Everton, igualzinho a gente’.*

Ela conta que aquela foi a primeira vez, no Programa do Gugu, que vira aquele assunto abordado daquela forma:

– *Quando eu ligo a televisão está lá aquelas mulheres... O mesmo problema meu. Eu pensei ‘elas tiveram a mesma ideia que eu’ [de escrever].*

Só aí fico sabendo que Tânia havia escrito e que planejava escrever novamente:

– *Eu escrevi. Um mês antes eu tinha escrito, mas aí eles escolheram elas e não eu.*

Após dez anos de tentativas de esclarecimentos, podemos ver da parte de Tânia a formação de uma identidade de mulher infértil. Nessa trajetória, ela começa a identificar as mulheres que “aparecem no Gugu” com “o mesmo problema que eu” e aqueles casais “iguazinhos a

gente”. Várias pessoas fizeram referência à TV e, particularmente, a esse Programa apresentado por Gugu Liberato, no SBT, aos domingos como um dos veículos por via dos quais se ficou sabendo da existência dos tratamentos ou se obteve informações consideradas mais detalhadas. Foram, porém, apenas Tânia e Everton que eu vi referir essa possibilidade de serem sorteados no programa como um meio de realizarem o tratamento. Será possível interpretar isso como sendo a ampliação de *saídas* quando parece que aquelas mais *objetivas* não se colocam? Por várias vezes quando perguntei como eles estavam pensando, se seria possível conseguir comprar esses medicamentos eles remetiam a sua condição de desempregados e ao fato de que não tinham a quem recorrer em sua família, pois ninguém também teria recursos para ajudá-los. Alguns outros casais referiram ajuda de suas famílias. Mesmo Carina e Arthur, de quem falarei a seguir, que em termos econômicos estariam mais perto desses, sendo ela dona de casa e ele funcionário de um supermercado como repositor e entregador de mercadorias, surpreendentemente, para mim, tinham feito uma tentativa via convênio no Hospital pelo que pagaram cinco mil reais, contando com a ajuda do pai de Carina.

O telhado da casa e o consórcio da moto: estratégias para pagar os medicamentos

Mesmo em casos de pessoas que dispunham de um melhor rendimento que Tânia e Everton, a referência ao preço dos medicamentos e às várias estratégias para conseguir pagá-los reforçam a dimensão dessa dificuldade. Na sequência, narrarei um pouco desse percurso e o conjunto das estratégias a que Clara e Lúcio lançaram mão. Se Tânia e Everton pareciam não encontrar nenhum caminho, além do Programa do Gugu, para efetivar o tratamento, Clara e Lúcio pareciam não esgotar as fontes desses caminhos. Eles estavam casados há nove anos;

Clara com 39 anos e Lúcio 44. Clara era funcionária de uma empresa que comercializa frango há seis anos, trabalhando *na inspeção*, disse-me Lúcio, que trabalha *na construção civil*, expressão preferida a *pedreiro* pela maioria dos homens com quem falei, inclusive Everton.

As questões postas sobre as dificuldades para o pagamento do tratamento foram colocadas por Lúcio desde o começo de nossa conversa em sua casa, num domingo pela manhã, enquanto preparava o fogo para um churrasco:

– *Eu acho que o maior problema que tem é a questão do valor do medicamento. A gente imaginava que ia ter que pagar alguma coisa, mas não desse valor! A gente pensava, ‘vamos lá, é pelo SUS’, mas sempre tem uma coisinha ou outra que a gente gasta.*

Após essa primeira consideração ele começou a me explicar quais as estratégias usadas para conseguirem pagar esses medicamentos, dizendo que *a sorte* é que eles tinha um *pé de meia*, mas que tinha sido um valor muito mais alto do que imaginavam. E continuou explicando sobre o *pé de meia* de que tinha começado a me falar:

– *A gente estava com um dinheiro que era para fazer o telhado da casa aí usou. Um dos representantes estava cobrando R\$ 4.500,00, aí não tinha condições; era mais que o valor que o médico tinha dito. O outro chegou a R\$ 2.900,00 e poucos e esse onde eu comprei deu R\$ 2.704,00.*

Lúcio comenta empolgado, sempre rindo e, vez por outra, levantando para olhar o fogo. Quando volta a sentar ao meu lado, é o mesmo tema que ele recoloca: o preço dos medicamentos. Nesse momento, porém, além das economias cujo destino reorientam, fala também das outras buscas para conseguir o dinheiro, sempre repetindo que “*o maior problema mesmo é o preço do remédio*”:

– *A gente procurou por aqui nas farmácias para ver se tinha mais barato, mas eles nem sabiam que remédio era. Eu também tentei ver por aqui pela prefeitura. Falei direto com o prefeito, aí ele falou com o Secretário de*

Saúde, mas não deu em nada. Ele disse que ia ver o que fazer, mas eu não sei se é só por causa da política... Quando eu fui falar com o Secretário ele disse que é porque esse remédio não está na lista do SUS... Eu disse [Lúcio ainda falando] ‘mas não tem como botar como se fosse outro remédio?’ assim, como se fosse por fora? Não é por fora, porque eu não acho que seja errado, mas ele disse que não podia. Eu sei que tem gente que precisa de outras coisas, mas não seria por isso que eles iriam deixar de fazer o que têm que fazer [a Secretaria de Saúde do município].

Lúcio parecia muito decidido nessa busca por alternativas para o pagamento dos medicamentos e continua dizendo que até falou com um deputado, pedindo “uma ajuda”, mas ele teria dito em relação ao valor que “é muita coisa”:

– Eu sei, mas qualquer coisa disso aí, quaisquer 200 reais que ele desse já ajudava.

Mesmo desapontados com a falta de apoio dos políticos, as fontes de recursos acionadas por Lúcio e Clara ainda não haviam se esgotado. Além do uso do pé de meia e do dinheiro previsto para a construção do telhado da casa ele ia me contando que tinha o consórcio de uma moto que ele estava “querendo repassar para poder cobrir as despesas”. Eu digo que não entendia aquela operação e ele me explica pacientemente:

– É assim, eu tenho essa moto aí e tenho um consórcio de outra. É uma moto pequena, uma 125, mas já serve. O consórcio é em 36 meses e eu já paguei 19. Daí eu posso vender, fico com o dinheiro e faço outro [consórcio] e fico pagando a prestação... Tem um cara que está querendo comprar, mas ele quer pagar menos, aí eu estou vendo com outro que disse que estava interessado também. Acho que dava para eu conseguir uns R\$ 4.200,00.

Quem deve bancar? O Estado como o grande provedor

Ao mesmo tempo em que reuniam todos esses recursos e buscavam as mais diferentes formas de pagar o tratamento, associava-se a esse movimento, de forma mais enfática, a expectativa de que o Estado deveria arcar com as despesas. Muitas vezes, ao final de uma conversa, quando eu questionava se eles queriam me perguntar algo sobre a pesquisa, ou tirar alguma dúvida, invariavelmente a pergunta era se eu conhecia algum local onde o medicamento fosse gratuito ou se havia alguma expectativa de legislação que viesse a tornar sem custos todo o tratamento:

- Eu não vou dizer assim pagar tudo, mas pelo menos uma ajuda o governo tinha que dar. Uma ajuda de custo... Porque a gente não tem culpa de não poder ter filho. E tem mais, a gente paga os nossos impostos direitinho. O governo tinha que ajudar.

Foi o que Eduardo (45 anos, negro, bancário, ensino médio) me disse quando fui à sua casa. Sibeles (36 anos, branca, dona de casa, ensino médio), reforçando o argumento do marido disse que “pelo menos a metade ele tinha que dar”.

Depois, quando já tínhamos conversado por mais de uma hora e Eduardo estava mais à vontade, ele retomou o assunto sem que eu mencionasse novamente. Ele, que no começo tinha falado que deveria ser dada uma *ajuda de custo*, foi dessa vez mais enfático:

- Tu me perguntaste naquela hora sobre o que eu achava de o governo pagar o remédio e eu vou te dizer agora. Eu acho que tinha que pagar tudo. Não tem sentido a gente ter de desembolsar dois mil reais por uma tentativa que a gente não sabe nem se vai dar certo. Porque eu vou te dizer, eu não vou ficar pagando dois mil e mais dois mil...

O fato de eles não terem culpa de não poderem ter filhos era razão suficiente, segundo Eduardo, para que o Estado pagasse todo o

tratamento para que eles tivessem um filho biológico. Com vistas a efetivar esse *direito* de ter os medicamentos pagos pelo Estado, acreditavam que a principal saída seriam as ações judiciais, mas Eduardo dizia não estar muito disposto a *dar entrada na justiça* para esse fim.

Por sua vez, quando conheci Kécia (25 anos, negra, atendente em uma clínica, ensino médio) ela estava firmemente empenhada em usar desse recurso para conseguir a medicação gratuitamente, bem como confiante nessa possibilidade. Como eles não teriam recursos para pagar o medicamento e, segundo ela, para levantar esse montante teriam que *se preparar bem*, resolvera seguir a sugestão de uma colega de trabalho de solicitarem os medicamentos via Farmácia do Estado:

– *Ela me mandou pedir o formulário para entrar com uma ação para conseguir essa medicação. Porque é tudo pelo SUS, então ela disse que se eu fizer isso eu posso conseguir, é pela farmácia do Estado. É só dar entrada e eles dão o remédio, porque é um remédio que não está na lista dele, mas se é tudo pelo SUS...*

Perguntei se ela conhecia alguém que conseguira dessa forma os medicamentos e ela disse que não. Insisti se ela acreditava que seria possível conseguir e ela disse enfaticamente:

– *Não é que eu ache... É possível! É só preencher e encaminhar lá pra eles.*

Um mês depois voltei a sua casa e ela me disse que ainda iria tentar, mas estava percebendo ser “mais complicado do que imaginava”. Marta (42 anos, branca, dona de casa, ensino fundamental) e Ciro (43 anos, branco, dono de uma oficina de eletroeletrônicos, ensino fundamental) também consideraram a possibilidade de darem entrada na solicitação do medicamento gratuitamente na Farmácia do Estado, no entanto, desapontados com a forma como uma médica do Hospital reagiu quando levaram os *papéis* para ela assinar, desistiram:

– Ainda tentamos ver se conseguíamos por fora, tentamos entrar na justiça, mas quando chegamos lá a Dra. Ana disse ‘Nem pensar, nós não vamos assinar isso de jeito nenhum!’ Ela disse assim: ‘O governo tem outras prioridades’. Ai a gente ficou quieto, nem insistiu mais, desistiu de conseguir pela justiça.

Ciro repetiu várias vezes sua tese, a partir das atitudes dessa médica que ele considerava grosseira, de que haveria um movimento intencional de os fazerem desistir do tratamento. Em outro momento ele disse que a via como tendo uma “função-porteiro” no hospital que decidiria as pessoas que dariam continuidade ou não ao tratamento. Ele foi a mesma pessoa que disse em outro momento que não conseguia acreditar que o tratamento só tivesse 20% de chance de sucesso e que a veiculação dessa informação faria parte desse mesmo projeto de barrar as pessoas. Assim, as dificuldades postas para o pagamento e a indisposição da médica de encaminhar a solicitação à farmácia do Estado era vista como parte dessa criação de obstáculos, muito embora ele acreditasse ter esse direito de recorrer ao Estado, assim como achavam Eduardo e Sibebe e Kécia.

Não é para tanto: o direito dos outros e as prioridades do governo

Mesmo havendo a referência à responsabilidade do Estado bancar os medicamentos, pude ouvir ao menos de um dos casais, Fábio e Amanda (29 e 30 anos, respectivamente, brancos, ensino fundamental, dono de uma oficina mecânica e dona de casa), um posicionamento diferenciado a esse respeito. Perguntei sobre a possibilidade de eles continuarem tentando o tratamento em caso de não serem bem sucedidos na primeira tentativa e eles foram irredutíveis em afirmar que não mais tentariam, não apenas por considerarem a possibilidade de adoção, mas porque não teriam mais dinheiro:

- A gente só fez essa tentativa porque deu para dividir o pagamento dos medicamentos, disse Amanda, acrescentando que:

- Não tinha como ser diferente, pagar em um número menor de parcelas.

Ao perguntar o que eles acham da atitude de algumas pessoas que vendem bens para pagarem o tratamento Amanda responde parecendo convicta:

- Não! Acho que a pessoa num caso desses já passou para o desespero. Não é para tanto!

E Fábio continua:

- Se fosse um caso de doença, para garantir a vida de uma pessoa, tudo bem, mas num caso desses, não... - Não é para tanto!, repete Amanda.

Depois de narrarem como tentaram conseguir os medicamentos em farmácias de pessoas conhecidas, sem os encontrar por serem “todos importados”, Fábio retomou o assunto das possibilidades de virem a receber os medicamentos via SUS:

- É por isso que eu acho que não vai ter como vir a ser pago pelo SUS porque o SUS só paga remédio nacional. Tem que começar a produzir no Brasil.

Amanda lembra uma sugestão que recebera de uma mulher de eles fazerem uma declaração de que não tinham “condições de pagar”, pois, segundo essa mulher, nesses casos, o Hospital “tinha que dar os medicamentos”. Amanda diz que acha que “não é bem por aí”:

- Pra fazer uma coisa dessas a gente ia ter que fazer um atestado de pobreza e qualquer pessoa que viesse aqui em casa ia ver que não era isso, a gente tem as coisas.

Fábio, lembrando que todo tratamento dos cistos de Amanda [os remédios e as cirurgias] foi pago por eles, diz:

- A gente só foi para o SUS porque não tinha condição mesmo, mas a gente não quer tirar o direito de outra pessoa.

Esse posicionamento de Amanda e Fábio aponta também para uma tentativa de distinção entre os que podem e os que não podem, bem como a noção mais generalizada de que o SUS é para os pobres. Em seu caso eles sinalizavam que não continuariam a tentar após esse primeiro ciclo de tratamento.

Continuando a compreensão das etapas seguidas pelas pessoas no Hospital, esse momento de identificação do tratamento e a decisão se o farão mesmo é central. Esgotando-se possíveis tentativas para conseguir gratuitamente os medicamentos, são comuns intervalos na trajetória para *juntar dinheiro* para comprar o medicamento. Cada consulta feita no Hospital, a partir do momento do estabelecimento da indicação de fertilização, tem validade de um ano. Ou seja, é nesse intervalo que as pessoas têm que assimilar essas informações, avaliar sua capacidade de dar continuidade, reunir o dinheiro suficiente, fazer as negociações necessárias, comprar o remédio e iniciar o tratamento.

Alguns casais só descobriram a existência desse intervalo no momento em que não o puderam cumprir. Mais uma vez foram Ciro e Marta quem falaram dessa surpresa e desapontamento, o que, em sua opinião só acentuava a tensão das negociações com a médica, a mesma que dissera que “o governo tem outras prioridades”. Ciro narrou:

– Teve muito mais coisas. Depois que a gente soube que não tinha mais como conseguir o remédio gratuitamente, a gente viu que não podia comprar naquele momento. Quando voltamos, foi que ficamos sabendo que tinha se passado mais de um ano de consulta. E a médica foi mais grossa ainda; disse que a gente tinha que fazer tudo de novo, todos os exames. A gente não sabia da validade da consulta e o pior é que ela disse que só teria vaga de novo com quase um ano na frente. Eu acho que ela faz isso pra ver se a pessoa desiste. Eu disse pra ela ‘mas porque a senhora não nos avisou?’ Ela disse, ‘eu avisei’. Eu disse que não e ela ficou muito furiosa. Eu disse a ela que até entendia que o exame podia perder a validade,

o organismo muda, assim, querendo dar razão para ela, mas eu disse que o problema é que a gente não poderia esperar de novo até novembro por causa da idade dela... [esposa]. E sabe o que ela disse? 'Eu não tenho culpa de vocês não terem dinheiro para comprar o remédio'.

Não apenas Marta e Ciro, mas Roberta e Jânio perderam esse prazo de um ano, como vimos. Uma vez tendo sido feita uma tentativa sem sucesso, inicia-se novamente o período de preparação para *juntar dinheiro, se capitalizar, fazer um pé de meia*. Particularmente para aqueles que moram em cidades do interior, é constante a referência a custos que não se restringem aos medicamentos. Incluem deslocamento, passagem, hospedagem, comida etc. durante suas viagens até Porto Alegre, como comenta Roberta:

– Eu fui com Jânio ontem, porque precisava coletar o material, mas das outras vezes eu fui sozinha. Ontem mesmo a gente gastou uns setenta reais de passagem. Quando eu vou sozinha é uns trinta e cinco. Se fosse como outras pessoas que conseguem ir pela prefeitura, mas comigo não. Eu acho que de umas cinquenta vezes que eu fui a Porto Alegre teve uma vez só que eu vim na ambulância. Das outras vezes todas eu fui de ônibus sozinha mesmo.

De todos os casos acompanhados, apenas dois casais, no momento da entrevista com a enfermeira disseram já terem as informações precisas sobre os preços e as formas de pagamento. Em geral há uma necessidade de longo tempo de pesquisa e de preparação para poupar e conseguir o dinheiro total. Passado o momento da assimilação das informações gerais sobre o medicamento e avaliadas as possibilidades e o momento de fazer o tratamento, passa-se a uma longa negociação com os laboratórios em vistas de se conseguir algum desconto.

Marcelo e Joana, junto a Sônia e Érico foram os casais com nível superior que conheci, bem como de nível financeiro mais alto em relação aos demais. No relato a seguir, Marcelo e Joana (ele, 39 anos, ela, 38;

brancos; ensino superior; ele analista de sistemas e ela secretária) falam de suas dificuldades, ao mesmo tempo em que comparam com as de outras pessoas que, em sua opinião, teriam dificuldades maiores. Não são apenas dificuldades financeiras, mas também de compreensão e de expectativas frustradas:

– A enfermeira disse ‘vocês são escravos deles, dos laboratórios’. Passou os contatos para a gente pesquisar, mas são dois ou três apenas. No nosso caso, só um tinha o tipo de medicamento que a gente precisava e a gente sabe que não tem muita margem de negociação. É meio um cartel, eles controlam o preço. Ela explicou e disse para ter cuidado de só comprar o remédio todo de uma vez, porque tem gente que faz o que? Compra os comprimidos que são mais baratos e depois não consegue comprar as injeções, ou então elas não chegam no tempo que você precisa.

Assim como Fábio e Amanda apresentavam-se como distintos dos outros que, em sua opinião, tinham mais necessidades, Marcelo e Joana também se percebem com essa distinção, além de conseguirem dominar melhor o conjunto das informações em jogo. Ciro chama atenção para isso:

– Imagina quantas pessoas vão para aquela consulta e quando ouvem falar em quatro mil reais, desistem na hora. Isso tudo sem saber se vai dar certo da primeira vez. Essa é outra coisa importante. Entre cada uma tentativa tem não só a recuperação de toda essa expectativa, mas também para se recuperar financeiramente. A gente teria como comprar. Não tem o dinheiro, mas eu tenho crédito, tenho como fazer empréstimo. Tem gente que faz isso. Eu tenho crédito, mas a gente quer fazer as coisas planejadas.

A quase totalidade dos casais conhecidos nessa fase da pesquisa define o momento da consulta como emblemático no processo. A consulta com a enfermeira é descrita como um momento especial onde é possível tirar dúvidas, mas não apenas por isso. As etapas anteriores de consultas e exames são em geral descritas como momentos tensos e os profissionais vistos como distantes e, por exemplo, na opinião

de Marta e Ciro, grosseiros e pouco interessados. Por sua vez, Sílvia (a enfermeira que me apresentava às pessoas) é descrita a partir de sua atenção, paciência e simpatia, diferenciando-se dos demais profissionais. Se nos demais casos, os casais queixam-se porque nunca conseguem ser atendidos duas vezes pelos mesmos profissionais, eles sabem que podem voltar até Sílvia para maiores esclarecimentos, o que contribui para essa avaliação positiva.

Crer para ver: as dúvidas no caminho

Essa fase de consulta com a enfermeira é também o momento do contato direto, pela primeira vez, com as especificidades do tratamento: qual vai ser o método em cada caso, mas também os medicamentos e sua prescrição. Mesmo com toda atenção e disponibilidade referidas como características de Sílvia, expressões como: “Saí doidinha, fiquei com dor de cabeça, não entendi tudo, fiz um monte de anotações” etc. são muito comuns nesse momento. A receita e a forma de tomar os medicamentos são consideradas muito complexas e difíceis de serem apreendidas em um primeiro momento. Eu mesmo fiquei muito impactado quando vi a receita pela primeira vez e também não entendi nada... Nesse sentido, são muito comuns as voltas ao hospital para tirar dúvidas. Algumas vezes são dúvidas a respeito dos medicamentos apenas, em outras, a enfermeira refaz orientações e mesmo corrige problemas de clareza nessas receitas, por exemplo, o dia de começar a tomar o medicamento e o dia de começar o acompanhamento ecográfico.

Enquanto alguns usuários atribuem suas dúvidas e dificuldades à complexidade inerente ao tratamento, outros são mais diretos em sua avaliação de que os profissionais que os atenderam não deram todas as explicações que eles queriam. Amanda, ao falar de sua dúvida sobre efeitos colaterais e a explicação insuficiente para os seus cistos, dizia que “tem muita coisa que os médicos não sabem explicar, como o meu

problema do cisto”. Ela disse que perguntava ao médico porque eles tinham aparecido e ele não sabia responder “Eu dizia, ‘será que foi por causa dos comprimidos [contraceptivos]?’ e ele não sabia responder”.

Essas dúvidas são transformadas, por vezes, em forte questionamento de como o tratamento está sendo encaminhado. Na sala de espera do Hospital, conversei longamente com Daiane uma jovem de 24 anos que narrou sua viagem iniciada na sua comunidade naquela madrugada, até a cidade vizinha para pegar a ambulância da prefeitura que a traria até Porto Alegre. Ela dizia ter vindo para tirar *uma dúvida* e questionava os médicos que lhe encaminharam para a fertilização sem que seus problemas prévios tenham sido tratados adequadamente em sua opinião:

– Tem uma coisa nessa receita que não entendi direito, acho que está errada. Aqui diz que a partir do terceiro dia da menstruação tem que tomar uma injeção desse remédio, mas depois diz para continuar tomando quando iniciar as ecografias. Nesse caso seriam mais de três. O remédio já é caro assim e ainda tomar errado... Foi 3.500 reais... Eu só vou ter dinheiro para fazer uma tentativa, aí tenho que fazer direito.

Eu pergunto qual problema os médicos disseram que ela tinha e ela responde:

– Eu tenho endometriose, o médico disse que eu tenho de 10 a 20% de chance. É muito baixa... Atingiu até meu rim.

E completa:

– Passei um ano sentindo dor e os médicos da minha cidade só diziam que eu estava com hérnia de disco. ‘Isso é problema de coluna’, eles diziam e eu à base de morfina um ano. Teve um dia que eu vim parar aqui em Porto Alegre. Fui de hospital em hospital e nenhum deles me aceitou.

Pergunto se essa longa busca por atendimento se deu durante episódios de dor, ao que ela responde:

– Sim, daí voltei e lá eu troquei de médico e ele disse ‘Isso é

endometriose, aí eu vim aqui. O médico lá [na cidade onde ela mora] disse 'lá [no Hospital] eles vão fazer uma... videos... copia...? Acho que é assim o nome do exame que fiz... Aí vim, tomei o [medicamento] Zoladex e um médico disse que eu tinha que continuar tomando. Já o outro disse que tenho que parar porque pode dar problema de coração, osteoporose... É perigoso... Uns dizem uma coisa, outros dizem outra, e a gente fica sem saber o certo. Essa receita mesmo, como é que eu vou começar a tomar um remédio assim? E ainda tem mais: a minha menstruação ainda não está regularizada. Eu disse: 'Doutor, eu menstruo quase todo dia, doutor, dois dias, aí para... Como é que eu vou começar a tomar o remédio [para a ovulação] sem ter resolvido o problema da endometriose?' Ele disse, 'Quando começar a menstruação, você começa a tomar'.

As dúvidas não se restringem à prescrição do medicamento como pudemos ver. Além de elementos pontuados por Daiane que demonstram insatisfação com o sistema de saúde de uma forma mais geral²⁰, há questionamentos sobre a eficácia do tratamento e se aquele a que está sendo submetida é o mais eficaz. Há dúvidas também sobre qual das orientações de diferentes profissionais deve ser seguida; relatos sobre tratamento em outras unidades da federação e constantes comparações entre os diferentes tratamentos e aqueles oferecidos em outros estados; e questões de ordem filosófica e ética são constantemente colocadas.

Uma vez essas várias dimensões de compreensões e negociações se efetivando, ainda duas dimensões aparentemente antagônicas se perfilam – por um lado, a existência do serviço com uma possibilidade que achavam não mais existir de ter um filho biológico, e, por outro, a

20 Essa perspectiva de crítica ao sistema de saúde e a referência às dificuldades de acesso e problemas mais gerais, não se restringem às pessoas que estão procurando os serviços discutidos neste livro, mas a todos os serviços de “alta complexidade”. No entanto, as imagens veiculadas diariamente pela imprensa e pelos críticos do SUS em geral do “caos da saúde pública” estão muito distantes das imagens dos serviços de reprodução assistida veiculadas pela mesma mídia e pelas clínicas privadas.

descoberta de que as chances de êxito desse serviço são muito baixas. Considerando que estamos falando de pessoas que usarão estratégias diferenciadas para conseguir os recursos, está colocada a necessidade de fazer o maior esforço possível para acreditar que aquela será a única tentativa a que têm direito. A orientação inicial é de que poderão fazer três tentativas no Hospital. No entanto, muitos deles dizem que só poderão mesmo tentar uma vez e nela investem todas as suas crenças, economias e/ou capacidade de negociação com os laboratórios. Essa crença na ciência e nos médicos e o reconhecimento de sua falibilidade é, segundo Sarah Franklin (1997, p. 191), parte importante das demandas contraditórias das tecnologias reprodutivas: “Acreditar o suficiente, mas não demais; tentar o seu melhor, mas saber que está num jogo; dar sentido ao não explicável; acreditar em milagres”.

Uma questão importante que a fala de Daiane, vista anteriormente, traz é a própria negociação ou construção da noção de infertilidade que os médicos agenciam na relação com os casais e as mulheres particularmente. Como tem sido discutido em outros trabalhos (INHORN & BALEN, 2002; DINIZ, 2002; DINIZ e COSTA, 2006), o foco das tecnologias conceptivas está na produção de bebês e não na solução da infertilidade enquanto uma patologia. Nesse sentido, muitas mulheres parecem perplexas frente a recomendações que elas dizem saberem não serem efetivas ou ao menos que não se efetivarão caso outros problemas de saúde não sejam previamente resolvidos. Esses problemas não solucionados são muitas vezes os fatores que configuraram a infertilidade (BARBOSA, 1999).

Jéssica, esposa de Geraldo, quando me falou dos procedimentos a serem realizados na tentativa a que iriam se submeter expressava essa angústia nos termos que Daiane havia pontuado. Essa discordância faz com que os casais muitas vezes considerem que não há qualquer problema com eles relacionado ao que os médicos estão chamando de infertilidade:

– *Eu falei para Dra. Ana: ‘Dra., o meu problema é que eu não seguro’. Ela não disse nada, só disse, ‘o remédio é esse aí’. Eu até mostrei para ela que o que ela passou era mais fraco. O que eu tomei antes era de 100 mg e o de agora era de 10, mas ela disse que era isso mesmo. Eu fico pensando se não tinha que ter outro tratamento antes da fertilização porque eu não tenho nenhum outro problema.*

Fim da linha?

Desde o início da pesquisa, chamou-me a atenção como os elementos da trajetória em busca de um filho foram narrados com destaque para os seus obstáculos, quase uma saga. As dificuldades narradas não foram apenas aquelas que eu estava acostumado a identificar em etnografias realizadas em países desenvolvidos (cf FRANKLIN, 1997; BECKER, 2000; THOMPSON, 2001, 2005) bem como em clínicas particulares no Brasil (cf TAMANINI, 2003), onde ficam mais evidentes os elementos de uma submissão à tecnologia e os desafios físicos e psicológicos da decisão de se submeter ao tratamento por parte do casal e, particularmente, das mulheres, ou ainda os impactos e rearranjos possíveis em relação ao parentesco. Embora estes elementos estejam presentes e tenham sido também trabalhados em pesquisas em hospitais públicos no Brasil (cf COSTA, 2001; LUNA, 2004), as questões mais destacadas, ou ao menos as que me chamaram mais a atenção, referem-se aos desafios de ordem material, seja ausência de serviços médicos apropriados e disponíveis, seja dos recursos financeiros para pagar o tratamento, bem como os desafios de ordem logística – afastamento do trabalho, transporte para os que se deslocam do interior do estado, hospedagem na capital etc. – ao mesmo tempo em que este tratamento é visto como uma alternativa real, que está disponível. Busquei destacar as características centrais de como esses serviços têm sido disseminados entre um conjunto da população que, a

princípio, não são os clientes usuais dessas tecnologias, sem com isso propor uma oposição entre os usuários de clínicas privadas e aqueles de hospitais públicos, nem minimizar os desafios de ordem financeira enfrentados pelos usuários de clínicas privadas.

Aos poucos, ia percebendo também como nos mesmos contextos internacionais, essa não era uma questão menor. Para efeito de comparação das restrições de acesso a essas tecnologias com o contexto norte americano, Gay Becker (2000), antropóloga americana, lamenta não ter conseguido, ao longo de dois anos de pesquisa, localizar usuários pobres que tivessem conseguido dar continuidade ao tratamento devido a seus custos (BECKER, 2000, p. 23). Destaca como o viés de classe e raça afeta a ideologia da maternidade de modo que “a disponibilidade de tecnologias reprodutivas mitifica a maternidade como a real vocação de mulheres brancas e de classe média”, refletindo a “economia moral das tecnologias reprodutivas, o que evoca distinções sobre quem é merecedor com base em tais vieses” (p. 34). Também referindo-se aos Estados Unidos, Charis Thompson (2005), em um capítulo provocativamente chamado “Sex, Drugs and Money”, analisa como a interação entre a ideia de privacidade, a pesquisa científica autônoma e o setor privado está na base de um mercado, o das NTCs, cujo acesso para muitos é possível apenas a partir do enfrentamento das companhias de seguro, em um contexto que ela denomina “monopólio do desespero”. A fala de um representante da *Society for Assisted Reproductive Technologies* para o qual o fato de que na maioria dos estados norte-americanos “os procedimentos das tecnologias de reprodução assistida estão disponíveis apenas para pacientes da classe alta e estão fora de alcance para a maioria dos indivíduos” representa “uma questão social e introduz um certo viés para a seleção de pacientes, patologia e tratamento” (THOMPSON, 2005, p. 237) nos sugere como a relação entre reprodução e consumo não é uma especificidade do caso brasileiro, apesar das enormes diferenças dos dois contextos.

Essa sensação de destaque para dificuldades e obstáculos se manteve na minha percepção. No entanto, algo vai se configurando mais claramente na medida em que é possível perceber que a dimensão dessas dificuldades não gera necessariamente uma paralisação ou uma desistência por parte dos usuários, pelo menos não no ritmo em que imaginava que aconteceria. Ou pelo menos não para aqueles que acompanhei e naquele momento. Foi com essa reflexão e perplexidade que encontrei, no mês de junho de 2007, no Hospital, o primeiro casal que havia entrevistado no início da pesquisa em outubro de 2006, Lúcio e Clara. Eles que haviam me repetido insistentemente que não sabiam o que iriam fazer, pois só teriam dinheiro para uma tentativa, a qual foi possível usando o dinheiro que tinham guardado para concluir o telhado da casa que estavam construindo, naquele dia estavam ali para uma consulta *pra ver se daria para tentar novamente*. Quando lhes liguei depois desse encontro em 13 de julho de 2007 e perguntei se tinham conseguido falar com a médica na noite em que nos encontramos Lúcio disse:

– *Ela explicou tudo pra gente.*

– *E vocês vão fazer mesmo mais uma tentativa?*, pergunto, ao que ele declara:

– *Já fizemos*

– *Já!?*, eu surpreso.

– *Foi, estamos na expectativa agora...Quando é que foi que a gente fez?*, perguntando a Clara.

– *Vai fazer duas semanas... Próxima semana já dá pra fazer o teste para ver se deu certo. É, então vamos cruzar os dedos, né, Lúcio?*

– *Quer dizer que vocês não têm nenhuma previsão de voltar a Porto Alegre...*, comento.

E ele complementa:

– *Não, inclusive se der certo, a gente nem vai mesmo, porque ela tem a médica dela aqui em Lajeado, que faz o acompanhamento.*

Desejo de filhos

Questiono acerca do medicamento dessa vez e ele afirma:

– Foi mais fácil, inclusive Dra. Ana disse ‘quem sabe ele não quer nascer com um valor mais baixo’ [rindo], aí mudou um pouco a medicação

Eu:

– Foi mais barato, Lúcio?.

Ele:

– Foi, mas daí quando a gente vê já se foram mil reais e ainda tem o remédio que ela [sua esposa] está tomando agora, que é cinquenta reais cada um.

Por fim, pergunto:

– Mas não teve aquele mais de 2.700 reais, não? e ele conclui:

– Não, aquele foi pra matar... O da segunda vez já foi mais barato também, mas de toda forma ainda a gente gasta demais. Mas essa agora também vai ser a última tentativa mesmo.

Lúcio diz que “essa agora vai ser a última tentativa mesmo”, assim como havia dito quando nos conhecemos no momento da primeira tentativa em outubro de 2006. Foi também a mesma informação que recebi quando liguei para Roberta. Ela que já tinha realizado seis tentativas via SUS e havia dito que não poderiam continuar, pois teria que ser em clínica particular, disse-me em 14 de julho de 2007 quando lhe telefonei:

– A gente ficou esse tempo todo [desde outubro de 2006] pensando como ia fazer e achava que não dava mesmo [para pagar uma tentativa em clínica particular], mas aí eu comecei a pesquisar nas clínicas particulares e consegui em uma um desconto de 66% nos medicamentos. Já pensasse que coisa boa?! Menos da metade do valor a gente vai ter que pagar, fica sendo menos do que o que a gente pagou no Hospital.

Questionei se esse desconto era referente a tudo (equipe e medicamentos) ou só dos medicamentos, e ela respondeu:

– Não, é só dos medicamentos. A equipe a gente tem que pagar,

mas aí eu consegui, eu tenho plano de saúde e consegui fazer os exames pelo plano. A gente só teve que pagar a equipe mesmo.

Diante de todos esses obstáculos uma pergunta é recorrente para mim: Por que essas pessoas não desistem?²¹ O que faz com que elas tenham essa disponibilidade de tentar sempre uma vez mais? Procurar essa explicação apenas no desejo de ter filho como algo central para um conjunto da população não parece ser suficiente. É importante atentar também para uma indústria que diz ter a saída para aquele problema e cuja lógica, *construindo sonhos* (cf RAMIREZ, 2003), parece, se espraia pelo serviço público. Ao lado dessa importante dimensão, outro ponto recorrentemente colocado por muitos dos sujeitos revela uma expectativa de que o SUS deveria financiar completa ou parcialmente o tratamento. A existência de um serviço financiado pelo SUS e a *descoberta* desse serviço por aqueles que involuntariamente não têm filhos sugere que a possibilidade de realização do sonho de *ter um filho* é algo possível. Como sugerido por Franklin (1997), está na base desse processo a mesma crença na ciência, associada à medicina: o que era visto antes como impossibilidade, aparece agora como apenas um obstáculo a ser superado.

Certa vez conversando com Marisa na sala de espera, ela me disse:

– Eu tenho um tio, ele é casado, já tem mais de cinquenta anos e eles nunca tiveram filho. Mas é porque naquela época não tinha esse tratamento que a gente tem agora, por isso que eles não tiveram filhos.

21 Embora não tenha conseguido retomar o contato com todos os casais, falei também no mês de julho de 2007 com Amanda e Fábio e Joana e Marcelo. Fábio atendeu e disse que naquela tentativa de outubro de 2006 não haviam tido sucesso. Eles que tinham dito várias vezes que só iriam tentar aquela vez, segundo Fábio, não sabiam ainda se iriam tentar mais uma vez. A possibilidade que não se colocava antes, agora estava em aberto. Joana me disse que sua tentativa em novembro de 2006 também tinha resultado negativamente. Eles não haviam tentado mais, mas estavam considerando as duas outras tentativas a que teriam direito no Hospital, mas para isso disse “a gente está se capitalizando”. Eles estavam também *na fila da adoção*, que também não teria andado, segundo ela: “Disseram que tem muita gente na frente ainda; leva mais uns dois anos.”

Marisa é casada com Valdir e há onze anos tentam uma explicação e uma superação do fato de não terem filhos. Valdir não tem o canal seminal e adorou repetir quando estive em sua casa em maio de 2007:

– *Eu tenho vontade de me oferecer como cobaia pra os médicos resolverem meu problema. Um dia desses eu vou lá num congresso deles [dos médicos] e vou dizer ‘Vejam aqui o meu caso, eu quero que vocês investiguem’.*

Essa crença na ciência e na medicina esteve presente na fala de todos aqueles com quem conversei, mesmo aqueles que duramente questionaram o que consideravam ser falta de conhecimento dos médicos ou falta de qualidade do serviço de saúde. Essa disposição de Valdir em sua fé na ciência disposto a ser cobaia pode ser percebida como mais um elemento na construção da luz no fim do túnel – outra forma de *pagar o preço com o próprio com o corpo.*

Estes elementos parecem inevitavelmente operar um deslocamento, nos termos propostos por Strathern (1992), na forma como até então essas questões eram consideradas. Para Marisa, a razão pela qual seus tios não tiveram filhos é a ausência da tecnologia à época. Se houvesse, ela acredita que eles *naturalmente* recorreriam às mesmas. Por essa razão, a pergunta sobre o que faz com que essas pessoas busquem esses serviços e se mantenham nessa busca, *pagando o preço* e construindo a noção do serviço como uma luz no fim do túnel, não pode ser baseada apenas nas motivações individuais dos sujeitos. Para entendermos a configuração dessas trajetórias e sua busca de superação é preciso também nos perguntarmos sobre o mercado, a imprensa, a mídia e... o *Programa do Gugu* que agora também doa tratamento de fertilização em São Paulo. É também a crença nesses vários elementos que faz com que Jânio e Roberta, cuja trajetória acompanhamos nesse capítulo, tenham me dito quase um ano depois que iriam *tentar mais uma vez.*

Só mais uma vez...

CAPÍTULO IV

A AUSÊNCIA DE FILHOS É UM PROBLEMA DE SAÚDE? CONSTRUINDO OUTRAS LUZES NA BUSCA POR FILHOS

Certa vez, falei para Everton e Tânia que conhecia um casal que não iria fazer tratamento para engravidar porque a mulher não queria tomar todos aqueles medicamentos. Everton disse:

– Ah, então eles não querem ter filho. Se eles quisessem, eles iam tentar. Como é que a pessoa nem fez para ver se dá certo e desiste?.

Seguindo a pergunta que encerrou o capítulo anterior – por que as pessoas não desistem – as palavras de Everton apontam para um conjunto inter-relacionado de sujeitos e contextos que faz com que muitos casais concebam como impossível não tentar tudo que estiver à disposição para realizar o sonho de um filho de sangue. Para muitos deles, não tentar poderia ser entendido como um indicador de que não se quer genuinamente ter um filho. Não se coloca a hipótese de *não fazer nada*.

Ao mesmo tempo, os perfis analisados naquele capítulo, embora não homogêneos, apontam para um domínio dos processos de acesso aos serviços de saúde, um conhecimento sobre o corpo e uma partilha da lógica biomédica naturalizada e assimilada conceitualmente. Vimos vários sujeitos que, embora muitas vezes perplexos, conseguem dar conta de um

conjunto de códigos médicos e burocráticos, bem como significá-los como etapas importantes a serem transpostas. Nesse processo, as dificuldades não são vistas como algo anômalo, mas como elementos impulsionadores e a trajetória é narrada tendo como referência um resultado para o qual não se via alternativas. O progresso médico incorporado (FRANKLIN, 1997) alimenta a crença e a disposição à continuidade.

No entanto, *desejar, crer, conhecer* e *tentar* não são verbos conjugados da mesma forma por todas as pessoas. Muitos sujeitos com quem convivi pareciam indicar uma forma diferenciada de lidar com o que aparentemente era o mesmo fenômeno – a ausência involuntária de filhos. A diferença no conhecimento dos processos e o domínio da lógica biomédica e dos trâmites burocráticos para acessar os serviços de saúde não estão necessariamente conectados nem configuram uma relação de causa e efeito. Apesar disso, muitas vezes se cruzam configurando uma situação em que não é óbvia a articulação entre não ter filhos e demandar tratamento médico para isso. Se nos perguntamos em um momento por que as pessoas não desistem, devemos reconhecer que outros nem começaram. Não se trata necessariamente dos *acomodados* segundo a visão dos que tentaram. Também não indica falta de desejo de ter um filho, tampouco uma desvalorização do laço biológico na filiação.

Neste capítulo avanço na problematização do discurso sobre acesso e popularização das tecnologias reprodutivas que pressupõem que todas as pessoas querem ter acesso e por isso constroem uma imagem de facilidade e sucesso. Apontando como esse processo reifica o desejo como natural, apresentarei como outro conjunto de mulheres e casais lida com a questão. Além de não ser automática a transformação da *ausência de filhos* em um *problema de saúde*, considerarei como, para muitos desses casais, pode ser percebida uma forma diferenciada de encarar a adoção. Ao reunir essas características, serão apresentadas possíveis chaves de compreensão para o que distinguiria essas pessoas ou essas

situações daquelas analisadas no capítulo anterior, bem como elementos em comum. Essa diferenciação não se dá em termos substantivos; não se quer configurar dois grupos completamente distintos. O ponto de partida é que não se trata de uma decisão informada por alguma lógica abstrata ou simplesmente uma escolha – ter ou não ter um filho biológico. A predileção por um filho biológico apresenta-se para todos. O que se buscará perceber é de que forma elementos como classe; tipo de acesso aos serviços de saúde; constituição de redes de apoio; experiências de adoção e circulação de crianças podem ser considerados para problematizar o *desejo atávico* por filhos biológicos. Buscar-se-á entender que a possibilidade de adoção tem a ver com as trajetórias dos casais/indivíduos e que em termos muito gerais há certa diferença de classe na forma como essa possibilidade é percebida. Será apontado também como o desejo de um filho e a resolução de uma *dificuldade* têm a ver com uma trajetória mais ou menos próxima dos serviços de saúde; há diferenças entre maior ou menor adesão ao discurso médico em um plano mais geral. Sem negar o sofrimento presente nas situações de ausência involuntária de filhos, serão percebidas as diferentes narrativas sobre esse sofrimento e diferentes níveis de investimento em possíveis soluções.

Para este objetivo, o capítulo será apresentado em duas partes principais. Em um primeiro momento, discutirei como, na trajetória dos casais, a lógica e a dinâmica do discurso da biomedicina vão sendo ou não incorporadas. Discorrerei sobre como a ideia de ciência e tecnologia, avanço científico e tecnológico é vivenciada na dinâmica da busca pelo serviço destacando quais são os maiores conflitos e dificuldades na assimilação dessa realidade. A ideia é apresentar lógicas diferenciadas de compreensão, mas também evidenciar como a forma que determinadas informações são viabilizadas pelos profissionais de saúde, acarretam confusão e distanciamento dos conhecimentos a serem assimilados por parte das pessoas.

Sem querer fazer caricatura de uma *incapacidade* de compreensão por parte de alguns usuários do serviço, acentuarei como essa compreensão é traduzida nos termos daqueles que contatam os serviços de saúde. Como todos os números, probabilidades, percentuais e receituário são percebidos e compreendidos? Tratarei também de como é feita a avaliação sobre as possibilidades de sucesso, as noções e conhecimentos que têm acerca, não apenas dos procedimentos de reprodução assistida, mas do que é entendido como dificuldade para ter filhos e suas múltiplas razões e causas na percepção das pessoas e os dilemas éticos associados. Discorrerei sobre a forma como muitas das pessoas que conheci narravam sua compreensão dos problemas e dificuldades que encontravam e como isso é negociado na relação com os médicos e o serviço de saúde de uma forma geral.

Numa segunda parte do capítulo, tratarei de momentos diferenciados das trajetórias de pessoas destacando formas distintas de lidar com a ausência de filhos. Em um primeiro exercício, destaco a forma como a experiência de contato de mulheres com a medicina gera formas diferentes de encarar a reprodução assistida e como a percepção do sofrimento vivido leva ao abandono dessa possibilidade. Um segundo exercício de análise aborda a experiência de mulheres que identificam a falta de filhos e consideram que essa ausência pode estar relacionada com problemas de saúde. No entanto, a forma como narram suas trajetórias não evidencia uma transformação automática dessa *suspeita* em uma *busca por tratamento*. Para o conjunto dessas experiências defendo a ideia de que, buscando ou não o serviço de saúde, há uma forma peculiar de considerar a ausência de filhos e a possibilidade de busca de outros recursos, particularmente a adoção. Isto sugere que a procura por *tratamento*, identificado ou não como o conjunto das NTCs, não implica necessariamente a busca inequívoca por um filho de *seu próprio sangue*.

A produção do desejo de ter filhos: Juntando informação, calculando resultados

Consideremos a princípio a situação de algumas pessoas que desenvolveram algum tipo de contato com os serviços de saúde, objetivando alguma resposta para possíveis *problemas*. Na forma como são vistas as dificuldades relacionadas à compreensão dos tratamentos, é possível perceber uma diferença importante entre os que estão no processo de desenvolvimento do tratamento ou mais próximos, já decididos, daqueles que estão apenas vislumbrando a possibilidade de virem a precisar de tratamento. Seria possível, num primeiro momento, perceber essa diferença como apenas referente ao fato de que alguns já estão familiarizados com os jargões médicos e têm sido *obrigados* a assimilarem determinadas informações para efetivar o tratamento ou a investigação do problema. No entanto, é importante diferenciar perfis desses sujeitos a partir de vários elementos em suas trajetórias como, por exemplo, formação escolar e o tipo de relação e acesso ao serviço de saúde. Embora esse capítulo foque principalmente as trajetórias das pessoas que conheci nas comunidades, serão retomados algumas situações de casais contatados na primeira fase da pesquisa, como são Cleiton e Deise, Marina e Damião e Marta e Ciro, a partir dos quais discutirei no primeiro tópico desse capítulo, a forma como a lógica e a dinâmica das tecnologias são percebidas.

Eu saí da consulta doidinha: fazendo sentido de números, percentuais e fórmulas

Ao longo de toda a pesquisa foi muito comum ouvir comentários do tipo “eu não entendi”, “o médico não explicou direito”, “eles não sabem explicar”, “eles não falam pra você entender” etc. A linguagem dos cálculos matemáticos e das porcentagens é marcadamente presente. Se nos corredores do hospital é possível ouvir-se conversas sobre

“quantos por cento de chance o médico disse” que cada um tem, para muitos que estão mais afastados dessa rotina, cálculos percentuais parecem ou não fazer qualquer sentido, ou ganham significados bastante diferenciados. Por um lado, esses percentuais são manipulados de diferentes formas por médicos e usuários dos serviços e, por outro, parecem uma realidade muito distante, associado a um processo de mimetização do discurso médico.

No Hospital, conforme apresentei no capítulo 2, foi instituída a figura de uma enfermeira que teria a função de traduzir as receitas para os casais aos quais tivesse sido indicado tratamento de IA, FIV ou ICSI²². De fato, o tratamento como um todo, e, nesse momento, as reações à receita em particular, são descritas como um pavor e apontam para a convivência com realidades muito complexas. A regra é de casais com sérias dificuldades de entenderem a forma como os medicamentos deverão ser usados e o desenvolvimento do tratamento.

Muito menos comum são casais como Cleiton e Deise, que conhecemos no capítulo anterior. Somando uma formação universitária ao desenvolvimento de meios alternativos de pesquisa e informação, conseguiram, como vimos, elaborar questões nos termos dos profissionais com quem dialogam. Cleiton disse que quando chegaram para a consulta com a enfermeira já estavam “com tudo encaminhado, já tinha até encomendado o remédio”. Falou lisonjeado que a enfermeira lhes dissera:

– Ah, vocês são muito esclarecidos. Tem gente que chega aqui e não sabe de nada do tratamento.

22 Se por um lado a ideia recorrente é que a consulta com a enfermeira facilita a vida de todos por sua função de *tradução*, o médico responsável pelo serviço de RA no hospital me falou em certo momento que a decisão de colocá-la com essa tarefa está associada à tentativa de barrar ‘médicos inescrupulosos’ que queriam se beneficiar do contato com os laboratórios, pois ao prescrever remédios de determinados laboratórios, teriam vantagens como viagens, brindes etc. Vemos então como uma briga política interna gera uma nova rotina, nesse caso, avaliada positivamente por todos, e uma interpretação nova do processo.

Para a grande maioria das pessoas, porém, essa primeira etapa do decifrar o tratamento e iniciá-lo não é vista de forma simples. Apenas três casais referiram um maior domínio desses procedimentos. Eram todos universitários e haviam pesquisado na internet informações complementares. Uma vez vencidas essas dificuldades, abre-se espaço para um nível diferenciado de questionamentos. Onde se destaca a intenção de se saber as chances de sucesso do tratamento, como Deise me falou que perguntaram à enfermeira:

– A gente até fez um questionamento para ela sobre o percentual das pessoas que chegam lá, como é o resultado...

Cleiton:

– A gente perguntou ‘digamos que no hospital vocês atendem 50 mulheres por ano... cinco delas engravidam... é assim, um cálculo de 10% de sucesso? É um cálculo tão simplificado assim... ou depende, por exemplo, do caso, se tem mais idade... quais as variáveis...? Por exemplo, a gente queria saber assim ‘Deise tem 31 anos, mas tem endometriose. Outra mulher pode ter 39 anos, mas não tem nenhum problema. Nesse caso, qual das duas tem mais chance? Ela disse que depende de tudo isso aí.

“Tudo isso aí” de que dependem as respostas será a forma principal como será apresentado o tratamento. A complexidade das situações e ausência de conhecimento, mesmo por parte de médicos, de determinadas causas associam-se com históricos de procedimentos avaliados pelas pessoas como equivocados, bem como elementos que eles percebem como limitações dos serviços de saúde a que recorrem.

Assim, embora seja inegável que uma maior escolaridade e proximidade do universo médico ajudam na compreensão do tratamento e dos percursos a serem seguidos, isto não é suficiente para entender as angústias e incertezas com que outras pessoas se deparam. Por exemplo, vejamos o caso de Regina (34 anos, branca, ensino médio), uma mulher que conheci enquanto se preparava para uma tentativa de FIV no Hospital.

Ela tem curso técnico em Química, trabalha em um laboratório de análises clínicas e cursava Artes em uma universidade privada do Rio Grande do Sul. Sua fala era de perplexidade por ter feito duas inseminações artificiais por erro médico que deveria ter iniciado a medicação para FIV na segunda tentativa. Durante toda nossa conversa, ela focou as informações que não tinha recebido e as dúvidas que ainda permaneciam. Isto sugeria que apenas a escolaridade não era definidora da forma de lidar com as informações:

– *Nessa última consulta que eu fui agora mesmo, a médica passou um remédio bem baratinho, Glifage; é um remédio para hepatite também, mas ele é para ovário policístico. A Dra. Ana disse que ia ajudar. É um remédio bem baratinho. Eu comecei a tomar no dia primeiro de março; no dia sete de março eu menstruei, mas até agora não menstruei mais.*

Eu perguntei se ela achava que essa mudança tinha a ver com o remédio e ela diz:

– *É, pode ser. Eu estou confiante. Eu sempre tive minha menstruação muito irregular, mas eu nunca tomei nada, mas agora pode ser. Eu fico torcendo.*

Eu lhe disse que torcia também e ela continuou falando com os olhos cheios de lágrimas:

– *Isso tudo é muito difícil. Eu já cheguei a dizer que eu não presto para nada.*

Perguntei por que dizia isso e Regina fala:

– *Porque eu acho, a gente sempre acha que uma mulher tem que ter um filho, é como se a gente fosse incompleta porque não tem um filho. A gente fica preocupada de não ter continuidade. Eu estou fazendo mais essa tentativa, mas hoje em dia, se der, vai ser a última. Mas eu estou mais confiante. A dra. Ana disse ‘esse remédio vai te regularizar’.*

O número de vezes que Regina repete estar mais confiante vai sinalizando como, em meio às incertezas, é a crença nos medicamentos, nos médicos, na ciência que vai dando o sentido dessa busca e construindo

os elementos para a continuidade. Eu perguntei se ninguém nunca tinha indicado algum outro medicamento antes e Regina afirma:

– Não, só o primeiro ginecologista que eu procurei; ele dizia que eu tinha que tomar só uma cápsula da pílula que podia ajudar, mas eu nunca entendi direito.

Quando ela diz mais uma vez “não entendi direito” eu chamo a atenção para a forma como ela fala de sua compreensão e pergunto porque sempre falava assim. Comento que, pelo fato de ela trabalhar nessa área, eu imaginava que ela deveria saber muita coisa, mais que outras pessoas que eu tinha conhecido. Ela me responde:

– É porque cada médico diz uma coisa diferente. E é tanto médico que eu já não sei mais o que pensar, em quem acreditar. Por isso que agora com a Dra. Ana se ela disser... se ela disser, assim, desculpa a expressão, se ela disser ‘merda’, eu vou lá e tomo.

Assim como no caso de Regina, muitas vezes, os casais que contatei no Hospital já vinham de tentativas mal sucedidas. Muitos deles referiram explicitamente outro serviço que apareceu em vários casos como uma etapa anterior à entrada no Hospital, que aqui eu estou chamando de a Fundação. Havia, por um lado, uma reclamação dos serviços por onde haviam passado e um lamento pelo sofrimento e angústia por conta desse percurso, e, por outro, uma renovação de todas as esperanças para a tentativa seguinte. Nessa expectativa, a crença nos procedimentos a serem realizados era reforçada e um conjunto de comparações com outros casos considerados mais graves que o seu era feito.

Marina e Damião são um casal com quem conversei em sua casa e haviam realizado duas tentativas de Inseminação Artificial malsucedidas, razão pela qual haviam se endividado em doze mil reais junto a um banco e ao sogro de Damião. Ambos concluíram o ensino médio; Damião tem 38 anos e é operário em uma fábrica que processa chumbo. Marina tem 46 anos e é dona de casa. No trecho de nossa conversa

a seguir, é possível ver os critérios a partir dos quais a confiança no êxito do tratamento se estabelecia.

Estes não se referiam necessariamente a um conhecimento específico dos procedimentos, mas a outros elementos, onde a crença se destaca:

– Dessa vez eu estou muito animada, eu acho que vai dar tudo certo porque agora a gente vai fazer o [procedimento] que tem que ser feito. Eu estou com muita fé, eu só não digo que estou cansada de tanto rezar porque de rezar ninguém nunca cansa, mas eu peço sempre a Deus e eu estou confiante que dessa vez eu finalmente vou ter meu filho. Dá para ver que agora é diferente [no Hospital], a gente sabe tudo o que vai fazer, ninguém esconde nada da gente. Também a gente sempre vê mulher grávida lá [rindo]... é sinal de que tem gente que consegue. Na Fundação, esse tempo todo que eu estava lá eu nunca vi nenhuma mulher grávida. Lá na sala D [o ambulatório] uma vez mesmo eu fui e vi oito mulheres grávidas. Quer dizer, é uma coisa que a gente vê que tem chance.

Apesar de sua idade, avançada segundo a lógica das NTCs, e do histórico de tentativas mal sucedidas, Marina enfatiza a possibilidade de sucesso com base na diferença da qualidade do serviço a que finalmente teriam tido acesso. Esta é uma avaliação geral, a melhor qualidade desse serviço em relação ao anterior. Porém é o fato de ver outras mulheres engravidarem que faz Marina acreditar que com ela também poderá acontecer. Mesmo sabendo que as chances são pequenas e afirmando que só tentariam mais uma vez, a esperança se reacende. Como venho argumentando, a compreensão do que configura as chances se apresenta de forma particular conforme as circunstâncias.

Marta e Ciro, que apresentei anteriormente, são proprietários de uma oficina de eletrônicos. Ciro fez curso técnico de eletrônica e começou a cursar Física, desistindo depois e Marta concluiu o ensino médio. Quando conversei com eles, em sua oficina, particularmente

Ciro fez um longo discurso do que ele entende serem as chances de sucesso dos tratamentos. Sem entender muito as razões para isso, Ciro acha que os médicos e clínicas em geral não divulgam os reais índices de sucesso que, em sua opinião seriam muito mais altos. Invertendo a dúvida que muitas feministas e críticos das tecnologias reprodutivas têm sobre a divulgação baseada apenas nos casos que dão certo, Ciro pergunta “onde é que estão esses casos que não dão certo?” Não lhe ocorre que são apenas os resultados positivos das clínicas, os *milagres*, que são divulgados:

– *Eu não sei, mas eu acho que esses laboratórios são meio um cartel, não pode ser um medicamento tão caro. E isso tudo ainda os médicos dizem que só tem uma chance de uns 20% de dar certo.*

Perguntei se essa porcentagem havia sido expressa pelos médicos e ele responde:

– *Sim, eles falam em vinte por cento, mas eu não consigo acreditar que seja só isso. É muito baixo, não pode ser. Eu não seria capaz de investir todo esse dinheiro numa coisa que eu soubesse que só tinha vinte por cento de chance de dar certo. Porque vê... Se são vinte, então quer dizer que de cada cinco [tentativas] só uma pode dar certo... Isso é uma loteria. Eu não arriscaria numa coisa dessas. Deve ter algo errado aí. Eu não sei por que eles falam nesse número, mas não pode ser verdade. Deve ser para ver se a pessoa desiste logo. Você pensa... ‘se eu só tenho vinte por cento de chance de conseguir eu não vou fazer isso...’.*

Quando questionado sobre a possibilidade de haver um número maior de êxitos, ele continua:

– *Certamente, muito mais. Eu acho que pelo menos uns 60% de chance de dar certo, ou mais. Porque onde é que estão esses casos que não dão certo? O que a gente vê por aí de resultado não bate com esses números. Eu acho que tem pelo menos uns 60% de chance de sucesso. Se eu não achasse isso eu não ia botar 3500 reais em jogo.*

Questiono quanto ao posicionamento dos médicos em relação a tal porcentagem e suposição de Ciro, ao que Marta participa dizendo:

– Todos eles dizem isso de 20%. A mais otimista foi a Dra Sílvia. Ela é muito querida, ela disse: ‘Marta, fica tranquila, vai dar tudo certo’.

E Ciro completa:

– Também, se não der certo esse, a gente não vai tentar mais. Não tem como arriscar com esse dinheiro todo.

O momento de explicação da receita feita por Sílvia é marcado por todos como de grande importância e enuncia a forma como a dificuldade de lidar com números, percentuais e a especificidade da explicação médica é percebida. Continuei perguntando a Ciro e Marta como tinham lidado com as informações na receita e Ciro disse em bom gauchês:

– Bah! Um pavor! Eu olhava aquilo e não entendia nada. Também porque a primeira que deram para a gente era só uma lista. No primeiro dia do ciclo toma não sei o quê, depois espera o próximo ciclo e toma outro, e ainda com os nomes genéricos dos remédios.

Marta confirma:

– Eu também não entendia nada... Mas agora já foi bem mais claro. Com a Dra Sílvia já foi mais detalhado e ela ainda explicou com a maior paciência.

Concordo com Marta dizendo que ouvi de várias pessoas que com Sílvia as coisas ficavam mais claras. Reforcei também que havia a possibilidade de voltar lá se tiver dúvidas, como vi várias pessoas voltarem lá mais de uma vez com a receita para esclarecer, e Ciro diz:

– Imagino, não é para menos.

Eles inventaram um monte de coisas: dúvida e tensão na relação com médicos

O que chama atenção é que em alguns casos, a própria lógica matemática parece ser operada de forma diversa, não se articulando aos mesmos sentidos anunciados pelos médicos. O cálculo das probabilidades parece passar por outras ordens, onde parece se articular a maior ou menor dificuldade de entender as explicações médicas e chegar a uma compreensão satisfatória. Muitas vezes a minha insistência com algumas pessoas para narrarem a forma de sua compreensão era profundamente incômoda – para mim, o que acredito não ser diferente para elas mesmas. Por outras, ecoando as colocações de Bourdieu (1997) me parecia violenta, como uma forma de *checar* algo que eu intuía ou sabia: a forma como elas me narrariam não corresponderia ao cânone médico. Ao mesmo tempo me sugeriam que, da parte de alguns profissionais, aquelas pessoas não eram consideradas como interlocutoras de fato, o que inviabilizava o estabelecimento de um diálogo efetivo. Meu dilema era até que ponto meu pretense diálogo era diferente daquele que essas pessoas estabeleciam com os profissionais da saúde.

Tendo isto em mente e sem querer fazer uma caricatura da forma como Nilza me falou de sua compreensão desse processo, narrarei partes de nossa conversa que me parecem elucidativas da distância desses dois domínios. Ao contrário das pessoas referidas até aqui nesse capítulo, todas contatadas via Hospital, Nilza foi uma das primeiras pessoas que conheci na Vila Dacol, uma das comunidades onde me concentrei na segunda fase da pesquisa. É importante que seja com ela que iniciemos nosso contato com as pessoas dessa fase da pesquisa. De todas as pessoas que contatei na Vila Dacol e no Alto da Torre é possível identificar Nilza como sendo a mais *medicalizada*. O que quero dizer com isso? Ela foi a única que, a partir do contato com o serviço comunitário de saúde, havia ingressado no que eu defini no capítulo anterior como sendo a fase

três da busca por filho, a fase da *luz no fim do túnel*. Ao mesmo tempo, muitas das características de Nilza contrastam com o perfil identificado para as pessoas das comunidades.

Como venho mostrando nesse capítulo, a crença como forma de construção do investimento na busca por resposta médica não é especificidade das pessoas contatadas nas comunidades. Nilza é uma mulher de 37 anos, dona de casa, estudou até a quarta série. Como teremos oportunidade de acompanhar na sequência, ela foi uma das pessoas que pude perceber como tendo maiores dificuldades na assimilação da lógica biomédica. Ao mesmo tempo, como acabei de dizer ela é uma das mais *medicalizadas*, sendo uma das mais resignadas a continuar o processo de investigação. Se para alguns, a crença era construída no ritmo das informações que iam recebendo – confrontando-as ou assimilando-as – a crença de Nilza era construída ao largo dessas informações. Se os casos de Deise e Cleiton, Marina e Damião e Marta e Cesar podem ser entendidos como de um grupo de *maior compreensão e muita fé* (nos médicos e na técnica), Nilza é ponto de passagem marcado por esses elementos para o seguinte: *menor compreensão e pouca fé*.

Nilza me contava das informações que havia recebido dos médicos, desde quando ela morava no Paraná e o médico disse que ela tinha útero infantil, o que ela me disse não saber o significado até hoje. Operava também com a noção de que o médico “inventou um monte de coisas”, para se referir ao que ela não conseguia concordar como, por exemplo, o próprio fato de não poder ter um filho e a possibilidade de este nascer *com problema*. Eu lhe perguntei:

– Como assim, *ele inventou?* e ela respondeu:

– *É, ele disse que o nenê ia nascer com problema, aí nós desistimos.*

Depois de alguns anos ela volta ao posto de saúde e é encaminhada novamente ao Hospital, após ter feito outros exames no Hospital 4 – importante complexo hospitalar de Porto Alegre, uma “organização

de direito privado sem fins lucrativos” que também presta serviços via SUS. Eram esses exames feitos no Hospital 4 que eles iriam apresentar quando retornassem para a consulta no Hospital.

Eu perguntei a Nilza porque o médico havia falado que a criança que eles viessem a ter poderia nascer *com problema*. Ela faz uma expressão que fazia recorrentemente franzindo a testa e com o olhar disperso pensando em como me explicar e diz:

– É... ‘*promode*’ da pouca chance que nós temos, né?!...

Sobre o que seria essa pouca chance ela diz:

– É porque eu tenho 30% e ele tem 20%... *Aí é muito pouca chance para ele, né... para o André...* [seu marido].

Continuando a insistir sobre o que ela considerava pouca chance, pergunto se teria sido o médico quem falara diretamente dessa “pouca chance” e o que ela teria entendido disso. Nilza continua:

– Os 20% dele é porque ele tem a... *tromoide dele né?*

Peço para ela repetir, pois não entendera a palavra que ela tinha usado e Nilza parece angustiada para explicar:

– *Ah... como é que eu vou te dizer...* colocando as mãos no rosto como se procurasse uma palavra. Eu digo que ela não precisa ficar preocupada e poderia falar da forma como tinha entendido, acrescentando que eu não era médico e também não entendia a fundo todos aqueles assuntos.

Nilza continua:

– *Os médicos disseram que ele tem... os que ele tem são muito bobinho...*

Eu percebo que ela está tímida de falar a palavra espermatozoide ou esperma e falo para quebrar o gelo:

– *Quando tu falas ‘os que ele tem’, tu dizes o quê, o espermatozoide?*

E ela continua:

– *Sim, ele disse que os espermatozoides são muito bobinho...*

Eu rio e pergunto de novo:

– *Bobinho ele disse?*

Nilza ri também repetindo:

– *É. O médico disse que ele tem o espermatozoide bobinho. Foi ele que falou, né.*

Nilza diz também que, de acordo com o médico, por essa dificuldade de André eles teriam que “primeiro fazer o tratamento”. Sua expectativa era de que na consulta que estava agendada para um mês adiante daquele momento que conversávamos eles teriam informações mais positivas. Caso contrário, “se o médico inventar alguma coisa a gente vai desistir”. Diante da frequência com que Nilza falava sobre os médicos inventarem coisas, eu pergunto diretamente:

– *Tu já falaste antes, Nilza, que o médico inventou. Como é? Tu achas que eles inventam mesmo é?.*

E ela diz, com um ar maroto, usado raramente durante a entrevista, como quem diz estar atenta às coisas:

– *Ah, eu estou meio desconfiada. Não dá mais para acreditar em médico.*

Eu pergunto por que ela diz que não dá pra confiar e Nilza responde, comparando com outros casos de seu conhecimento:

– *Ah, porque tem tanta gente que faz e as crianças nascem tudo normal, por que eles vão inventar essas coisas com a gente? Aí a gente fica com medo.*

Em outro momento, Nilza se referia aos exames que ela e o marido haviam feito cinco anos antes, quando foram ao médico pela primeira vez tentar entender porque não engravidavam sem estarem usando contraceptivos há mais de dois anos. Esse exame indicava uma alteração no cromossomo X o que configuraria a Síndrome de Klinefelter²³,

23 Síndrome de Klinefelter - São indivíduos do sexo masculino que apresentam cromatina sexual e cariótipo geralmente 47,XXY. Eles constituem um dentre 700 a 800 recém-nascidos do sexo masculino, tratando-se, portanto, de uma das condições intersexuais mais comuns. (...) A característica mais comum em um homem com Síndrome de Klinefelter (SK) é a esterilidade. Adolescentes e adultos com SK possuem função sexual normal mas não podem produzir espermatozoides e portanto não podem ser pais. Está presumido que todos os homens sindrômicos são inférteis. Fonte - <http://www.ufv.br/dbg/bio240/DC02.htm>

como me explicara também a médica do posto. Uma das características centrais dessa síndrome seria a infertilidade.

Nas conversas seguintes a esta nem a própria médica do posto que me havia pela primeira vez falado de Nilza e André sabia como seria dada continuidade ao tratamento. Uma vez que André não produzia espermatozoides e o hospital não possuía banco de sêmen para efetivar procedimentos que demandassem inseminação heteróloga (com espermatozoides de outro que não o esposo de Nilza) não seria viável a fertilização prescindindo de ovulação. Assim mesmo, eles continuavam a fazer as consultas na expectativa de que poderiam ter um filho biologicamente ligado aos dois.

Em outro momento, perguntei a Nilza especificamente sobre o exame que o marido dela havia feito. Meu objetivo era perceber o que ela havia entendido desse exame, o qual eu também não havia entendido quando vi pela primeira vez em sua casa. Esse foi um daqueles momentos que referi antes como sendo de maiores dificuldades de minha parte por sentir que estava *forçando a barra* por uma informação que Nilza já havia dado indícios suficientes de não possuir. Naquele momento, no entanto, antes de eu haver obtido essas informações junto à médica e na Internet (conforme nota anterior) era importante perceber com que tipo de informação ela estava lidando:

– *É, deu alterado... Tem... um X... um X e um V E esse V não pode estar no meio...*

Questiono-a quanto ao que seria esse “V” e ela afirma não entender bem o exame e, por isso, não poder declarar bem o que é... Falo, em busca de uma confirmação “Mas o médico disse que não pode estar no meio...” ao que ela assegura:

– *Não pode.*

Questionada sobre como se dão as consultas, se ela faz perguntas sobre o que não entende e se os médicos explicam, ela destaca:

– *Eu pergunto, mas eu não entendo muito não. Eles explicam*

muito ligeiro... Então pergunto – Nesse exame do André, por exemplo, do cromossomo X, tu perguntaste de novo, como foi?” e ela responde que não perguntou.

Comento:

– Porque é complicado, né? Porque eu também não entendo muito, e ela finaliza:

– É, é complicado. Agora é só esperar [a próxima consulta, no Hospital] para ver o que vai acontecer.

Como afirmei anteriormente, eu me sentia muitas vezes constrangido, como se estivesse forçando as pessoas a se expressarem em uma linguagem que não era a que eles estavam usando para compreender. Assim como no caso de Nilza, quando conversei com Ronaldo e Andrea, eles demonstravam dificuldades em expressar – nos termos médicos – as informações que receberam sobre seu *problema*. Andrea diz que ela foi ao médico porque seu marido “*achava que era comigo*”... pois também tinha o fato de a menstruação dela *estancar* por dois três meses e depois voltar. “*Era desregulada*”, diz Ronaldo. Depois dessa primeira ida dela ao médico, este teria pedido um exame a Ronaldo, ele diz um *hemograma* que depois percebo que ele se referia a *espermograma* pela descrição do exame.

Pergunto mais a Ronaldo sobre os resultados desse exame e seus resultados:

– Foi assim, o exame deu que era 15% igual e 15% diferente, fazendo gesto com as mãos paralelas como comparando uma e outra, apontando para uma quando dizia igual e para outra quando dizia diferente.

Ele termina de falar, tendo repetido essa fala por umas três vezes. Começo a falar um pouco do que eu tinha ouvido de outros homens que tinham feito esse exame e menciono que alguns falam que o médico disse que os espermatozoides não se moviam como se esperava, ou que tinha um número menor do que a média. Minha intenção era perceber se ele relacionaria essa minha descrição com os resultados

de seus exames, mas o que ele repetia à minha pergunta era os mesmos quinze por cento.

Em uma vez ele disse:

- Deu 15% bom, e 15% ruim. Em outra, 15% em cima... três vezes... e em baixo 15%.

Sua descrição me deixava muito inquieto, por um lado, pela minha participação em seu esforço de elaboração e, por outro, pela percepção das relações de poder aí estabelecidas.

Eles não explicam pra gente entender: linguagem médica e poder

Somada à percepção da complexidade inerente aos procedimentos médicos, muitas vezes a compreensão central é de que os médicos não querem ou não sabem explicar devidamente. Fabrícia, uma jovem de 24 anos, era casada há cinco anos e não havia conseguido engravidar. Ela foi a única moradora da área da UBS do Hospital que eu entrevistei. Participa como voluntária de uma pesquisa no Hospital sobre HPV e quando pergunto sobre o que é a pesquisa ela afirma não saber do que se trata nem que tipo de remédio está tomando, reclamando por receber seu laudo mensalmente em inglês. Fabrícia fez curso técnico de contabilidade, trabalha como telefonista em um banco e sonha em cursar Pedagogia. E não sabe ler em inglês.

Depois de muito ouvi-la falar sobre como entrou nesse projeto na expectativa de sensibilizar os médicos do Hospital, conseguir ter um tratamento mais rápido para a sua dificuldade de engravidar e ter essa expectativa frustrada, perguntei mais especificamente sobre o que ela estava achando do projeto e se considerava que estava recebendo as informações que esperava:

- Olha, Pedro, eu posso dizer que não estou satisfeita com as informações do projeto; e não sou só eu. Um dia desses eu encontrei uma mulher que estava na fila. Ela participava do projeto e estava indo

lá porque queria sair do projeto. Quando chegaram os exames dela, disseram ‘Está tudo bem com você, o único problema é que nós vamos ter que tirar um pedaço do seu útero...’ Ela estava com câncer, Pedro. E só ficou sabendo nessa hora. Porque tem aquilo que eu te falei, a gente recebe um laudo, mas é tudo em inglês, então a gente não consegue saber o que está acontecendo com a gente. Eu, o que é que eu fazia? Eu pegava o meu e ia ali na escola conversar com a professora de inglês e ela traduzia para mim porque a gente pode entender uma coisa ou outra, mas eu não consigo entender tudo que está escrito ali.

Indaguei-a sobre quem seria a pessoa responsável por esses laudos e ela continuou:

– Eu não sei, não tem ninguém direto assim que a gente possa falar e quando a gente vai perguntar uma coisa, eles explicam, mas é daquele jeito, Pedro, eles não dizem para tu entenderes, eles usam aquelas palavras deles mesmo, usam palavras específicas deles, explicam do jeito científico, a gente não entende direito. E não adianta; a gente pergunta outra vez e eles explicam do mesmo jeito, eles não dizem pra tu entenderes.

Em todas as questões que estão sendo reportadas, seja em termos de uma compreensão diversa de um mesmo problema, sejam diferentes linguagens em jogo ou relações hierárquicas entre usuários e profissionais de saúde, há que se considerar a distância social desses sujeitos e as formas de comunicação que inclui, entre outras coisas, um vocabulário médico especializado que “redobra a distância lingüística” (BOLTANSKI, 1989, p. 44). Nesse sentido, alguns usuários atribuem suas dúvidas e dificuldades à complexidade inerente ao tratamento. Nilza disse, conforme visto anteriormente, de forma discreta “Eu pergunto, mas eu não entendo muito não, eles explicam muito ligeiro.”. Por sua vez, outros são mais diretos em sua avaliação de que os profissionais que os atenderam não deram todas as explicações que eles queriam ou não as teriam. Fabrícia é enfática de que os médicos explicam, mas “é

do jeito deles”, pois ao usarem “palavras específicas”, “do jeito científico” não estariam falando “pra tu entenderes”. Amanda, ao se referir a sua dúvida sobre os efeitos colaterais dos medicamentos e a explicação insuficiente para os seus cistos, disse:

– *Tem muita coisa que os médicos não sabem explicar, como o meu problema mesmo do cisto. Eu perguntava ao médico por que eles tinham aparecido e ele não sabia responder... Eu dizia, ‘será que foi por causa dos comprimidos?’ e ele não sabia responder...*

Ao mesmo tempo em que cresce uma desconfiança em relação aos médicos, existe a expectativa de que estes deveriam saber as respostas e que a medicina é uma ciência exata. Aliam-se em um mesmo movimento, o reflexo do campo onde a medicina se desenvolve e se consolida como uma estrutura de poder no dia a dia das pessoas, com um movimento dos próprios médicos que, ao divulgarem os resultados miraculosos de suas intervenções e pautarem-se em uma posição de quem detém o conhecimento, reforça a imagem de infalibilidade.

Não devemos, portanto, ver aí apenas oposição como se falássemos de dois mundos que se construíssem paralelamente. Discutindo a partir da semiologia médica a relação entre médicos e pacientes e a construção de sintomas e sinais, Jaqueline Ferreira (FERREIRA, 2001, p. 103) chama atenção para como os dois polos dessa relação se influenciam reciprocamente e que “o processo saúde e doença não é reduto exclusivo da medicina oficial”. Assim como podemos pensar a apropriação do discurso médico e mesmo uma reelaboração (VICTORA, 2001) deste no uso, por exemplo, dos percentuais de uma forma muito particular, poderíamos também pensar sobre o uso de expressões como “*espermatozoide bobinho*”. Mesmo que, talvez nunca seja demais relembrar, essa troca não se dá necessariamente de forma igualitária.

Descobrir um problema: distanciamento e proximidade dos serviços de saúde

Frente a uma compreensão muito particular dos procedimentos médicos, uma questão que ia ficando particularmente clara era a forma como as pessoas se referiam à procura pelos serviços de saúde. Para muitos deles, essa não era uma busca a todo custo que os fizesse mobilizar diferentes recursos para achar uma solução. Nessa procura, a definição de um começo do *tratamento* ou de onde se constrói a demanda por estes é extremamente tênue. Isto faz com que seja necessário refletir, entre outras questões, a forma como se dá a relação entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.

É possível afirmar que o acesso ao serviço de saúde é parte importante da construção da demanda por tratamento: “o médico perguntou se eu queria ter filho”; “ele perguntou por que eu nunca tinha tido um filho meu mesmo”, eram algumas das falas que apontavam nessa direção, muitas vezes por mulheres que tinham ido ao médico com outras preocupações. Este processo que alguns autores apontam como sendo parte de uma “tendência crescente das pessoas em transformar problemas sociais em questões biomédicas” (THOMPSON, 2005, p.11), onde a medicalização da reprodução é uma importante dimensão (BARBOSA, 1999; CORRÊA, M., 2001) parecia se mostrar em diferentes facetas ali. Certas vezes, quando as agentes de saúde me apresentavam as pessoas ou quando estavam presentes em alguma entrevista, estimulavam as mulheres a “não desistirem” de procurar tratamento e irem “até o fim”, da mesma forma como interpelavam os moradores sobre os mais diversos problemas de saúde no dia a dia.

À medida que aprofundei a pesquisa junto às comunidades, em parceria com os profissionais de saúde que me apresentavam os casos de que tinham conhecimento, foi ficando mais claro como não era definitiva a compreensão e a percepção do que eram os episódios e pessoas a me serem apresentados ou relatados. A própria definição do

que é um caso de alguém que está *querendo ter filho*, ou tem *dificuldade para engravidar*, ou *problema para ter filho* varia não apenas de pessoa a pessoa, mas até é possível perceber uma diferença entre o tipo de demandas percebidas entre as comunidades que acompanhei mais sistematicamente. Pode-se dizer, em certo sentido, que o próprio desenvolvimento da pesquisa e a minha presença no serviço de saúde interferiu no olhar dos profissionais sobre o que é uma *dificuldade para ter filho*. Não apenas porque é possível passar a se entender as situações de forma diferenciada, mas porque se passa mesmo a notar casos que antes não eram percebidos assim. Na sequência discutirei como percebi essa relação das pessoas com os médicos e o contato com o serviço de saúde na definição de *problemas* e *demandas*.

O doutor perguntou se eu não queria ter um filho meu mesmo

Em uma das vezes que estive na casa de Rosa e Plínio perguntei se eles, além de pensarem em adoção, tinham procurado antes algum médico para saber sobre seu problema e das razões para não engravidar. Rosa falou que já havia ido ao posto de saúde, antes de adotar Daniel. Segundo ela, o médico teria pedido exames que não identificavam razões para ela não engravidar:

– O médico disse que estava tudo bem com meu útero, eu não tinha útero infantil, mas ele não sabia o porquê.

Quando eu perguntei que tipo de exames ele havia solicitado ela respondeu:

– Não sei te dizer e, pensativa, continuou depois:

– Mas é daquele exame que é tipo uma televisãozinha... Aí depois eu não voltei mais no posto. Ele dizia que tinha um tratamento que eu podia fazer, tomando remédio pra regularizar minha menstruação, mas aí foi quando ele saiu do posto e eu não fui mais atrás.

Perguntei o período em que ocorrera tais acontecimentos e ela afirmou:

– Ah, faz tempo, eu não estava nem com Plínio ainda, foi no meu casamento antes.

Questionada quanto a um retorno, ou não, ao médico, ela respondeu:

– Eu fui outra vez agora, quando já era esse novo médico e ele pediu novos exames porque ele diz que não fica claro pelo exame o porquê da minha menstruação não vir. Ele disse que deve ser por isso que eu não engravida. Ele disse que é por causa da menstruação que a mulher engravida. Ai ele está estudando meu caso, ele disse que vai consultar os colegas dele lá para ver se entende porque que eu não consigo engravidar.

A referência ao “exame da televisãozinha” e a descoberta junto ao médico que é “por causa da menstruação que a mulher engravida” apontam para esse perfil ao qual estou chamando a atenção. Rosa diz que o médico está estudando seu caso porque ele não sabe o que ela tem, porque não engravida. Ela pode ser percebida como parte desse conjunto de mulheres cuja compreensão dos encaminhamentos médicos, nos termos apresentados pelos profissionais, coloca várias questões para entender a forma como certo conhecimento está sendo negociado e a forma como essa percepção orienta a busca e a continuidade da investigação e do tratamento do que passa a se configurar como uma doença. Essa relação pode ser pensada a partir de modelos explanatórios diferenciados na relação médicos-pacientes onde vários elementos estão sendo negociados para que o que está sendo interpretado como a experiência da *doença* ganhe sentido²⁴.

24 Nesse modelo explanatório sobre a doença, segundo Kleinman (1980 citado por OLIVEIRA, 1998, p. 15; 157), cinco elementos estão presentes: etiologia do problema; duração e características dos sinais e sintomas iniciais; fisiopatologia do problema; evolução natural e prognóstico; tratamento indicado para o problema. Essa perspectiva possibilitaria segundo Oliveira (1980, p. 157) “resgatar o aspecto comunicacional” na relação entre indivíduos e serviços de saúde.

Assim, como outras mulheres que veremos a seguir, Rosa fala como nessa interação com o serviço de saúde, na sua percepção, foi o médico quem sugeriu o tratamento:

- Quando eu fui pela primeira vez lá no posto foi por causa de Daniel, ele estava doente. Aí o doutor viu minha ficha e perguntou se eu não tinha um filho meu mesmo e se eu não queria ter. A minha ficha estava junto com a dele [Daniel, o filho] e ele viu que eu não menstruava, viu o que o outro médico tinha dito.

De maneira semelhante, Gilma, na Vila Dacol foi outra mulher que as agentes de saúde me apresentaram como sendo alguém que *queria ter filho*. Aí estava implícito que ela estaria procurando tratamento para este fim. No entanto, quando conversei com Gilma, me pareceu por demais vaga essa sua *busca* por tratamento. Ela tinha 21 anos, casada há sete, nunca havia usado anticoncepcional, nem nunca engravidou. Ela me falou sobre o que as agentes haviam me dito ser sua *procura* por tratamento dizendo que não sabia porque não podia ter filho e que também não falou diretamente com o médico sobre o assunto:

- Ele perguntou se eu queria engravidar, eu disse que sim, aí ele ficou calado, aí eu não falei mais no assunto, não.

Eu questionei se ela havia lhe perguntado algo mais sobre o que poderia fazer e ela disse

- Não, não perguntei nada.

Por fim perguntei:

- E tu não sabes então porque não engravidaste?

E ela apenas disse:

- Não, não sei.

A forma dessa sugestão não está sendo tratada aqui como necessariamente uma violação intencional da autonomia das pessoas de apresentarem suas demandas na relação com os médicos e demais profissionais. Há vários elementos a reafirmarem o compromisso dos

profissionais com as pessoas com as quais lidam. No entanto, essa forma de condução extrapola as percepções individuais. O que eu percebo como uma *interferência* dos médicos pode ser por eles entendida como apenas o *exercício* da sua profissão e para a mulher que consulta o médico o que, antes era algo naturalizado, surge como um *problema* que precisa de um *tratamento*. É a própria inseparabilidade desse exercício com o poder e a disseminação da lógica da biomedicina que está aqui sendo discutida, particularmente a partir da disseminação da ação do PSF. Assim, não é difícil perceber como a penetração de equipes médicas nas comunidades começa por colocar determinados tipos de questões para as pessoas. O fato de inexistir uma orientação clara de encaminhamentos faz os médicos comprometidos em *solucionar* os problemas de suas pacientes, utilizarem os recursos de que dispõem.

Certa vez, perguntei ao médico do posto de saúde no Alto da Torre (o mesmo que Rosa afirmara ter-lhe sugerido o tratamento) sobre os procedimentos de encaminhamento das pessoas que chegavam até o posto com *problemas reprodutivos*. Ele me parecia cauteloso no encaminhamento dos casos que lhe chegavam e em sua fala era possível perceber que há uma forma como se espera que determinados casos sejam encaminhados:

– Para essas coisas que interessa a tua pesquisa quando aparecer mais esse tipo de exame, sífilis, hepatite, vai ser mais pacientes que estão grávidas. Os indicadores para casos de infertilidade vão ser mais, por exemplo, clamídia...

Eu disse que tinha identificado alguns casos desses e ele comenta:

– É. Porque clamídia vai ter o risco de infecções no colo do útero, ou trompas que poderão ocasionar esse tipo de problema.

Eu pergunto sobre os casos que têm chegado até o posto e ele diz que muitas vezes não encaminha direto para os serviços de maior complexidade. Diz que recomenda as pessoas a “*darem um tempo*”, pois há pessoas que

procuram o posto por estarem há dois meses sem engravidar. Ele diz que até seis meses, um ano, não há porque já encaminhar ao planejamento familiar. Pergunto a que ele se refere quando fala de “planejamento familiar” e ele faz uma explicação detalhada de que seria o encaminhamento no mesmo serviço que estaria dividido em vários setores, *gineco*, pediatria, etc. e os casos todos relacionados à reprodução seriam encaminhados para lá. Ele se refere à fala de alguns colegas que trabalhariam nesses setores de que os casos que estariam chegando para laqueadura e vasectomia seriam encaminhados enquanto que os para concepção não seriam, o que em sua opinião “estaria vendo apenas um lado”.

Além da ação dos médicos, particularmente com relação às agentes de saúde, essa pode ser percebida como uma forma muito peculiar de acompanhar o dia a dia das pessoas, identificar suas demandas médicas, ajudar-lhes nesse acesso aos serviços e monitorar essa procura, estimulando-as de formas mais e menos diretas a *procurarem o posto*. Sempre me chamou a atenção, na interação das agentes de saúde com as pessoas da comunidade, a separação tênue entre uma *persuasão leve* ou um *estímulo* e a *cobrança*. Esta última, a cobrança, me parece ser a mais comum, como relatarei a seguir em um encontro de Elenice com uma mulher com uma criança no colo quando, certa vez, íamos chegando à parada do ônibus em uma tarde:

Elenice para em pé com as pernas um pouco abertas e as mãos espalmadas à frente do seu peito:

– *‘Fulaninha, fulaninha’... olha só como está meu olho olhando pra ti* [fazendo um olho inquisidor olhando firmemente no olho da mulher e com um leve sorriso irônico de provocação no rosto].

E a mulher, uma jovem negra e um pouco gorda olha para ela sorrindo:

– *O que foi?* e logo na sequência diz:

– *Ah, sim, era pra ter ido ontem, mas eu não pude.*

E Elenice, rindo e balançando a mão em sua direção como quem insinua que vai dar uma *palmada*, diz:

– Tu tá te fazendo de leitão vesgo pra mamar em duas tetas, é? Tu tem que ir, tem que levar o nenê pra vacinar e também tem que ver o que vai fazer com o teste do pezinho porque já passou dos quinze dias...

– Eu vou lá amanhã, diz a mulher que fica na parada do ônibus acompanhando outra mulher com outra criança no colo.

Isso foi já na volta da casa de Andrea. Mas mesmo na ida, quando saímos da casa dos velhinhos, Elenice continuava a interagir com as pessoas e a ser demandada a todo o momento. Uma jovem que não devia ter vinte anos caminhava à nossa frente com duas sacolas com compras de supermercado e Elenice brincou dizendo:

– Olha o lanche da tarde. Ela se voltou para cumprimentá-la sorrindo e já perguntou:

– Elenice, eu queria saber de quanto em quanto tempo tem que fazer o exame da diabetes?

– Pra quem? Elenice perguntou e ela disse

– Pra mim.

– Tu fizeste quando o último?

– Semana passada.

Elenice então alertou para ela passar no posto no dia seguinte para marcar. Na volta, ainda foi abordada por duas meninas que perguntavam se “você têm ‘Paracetamol’ lá no posto”. Ela disse que sim, mas só com receita. Quando uma das meninas disse que seria para a mãe, que teria receita, ela orienta para “falar com o auxiliar de enfermagem quando chegar no posto e dizer que é para sua mãe [dizendo o nome da mulher], que ele forneceria”.

Nessa *pressão camarada* das agentes de saúde²⁵, pude acompanhar diferentes casos mais focados e mais difusos de mulheres que, na interação com o serviço de saúde descobrem um problema e constroem um diagnóstico. Como apontei para alguns casos, algumas pessoas relatam um desejo irrefutável de *tentar* a reprodução assistida, apenas após o contato com o serviço de saúde. A construção desse desejo é parte de um compromisso daqueles profissionais em ajudarem seus *pacientes*.

No entanto, em outras situações, os próprios profissionais das unidades básicas de saúde desconheciam os meandros dos serviços de reprodução assistida e os recomendavam aos seus pacientes sem terem conhecimento até que o serviço público não implica em ausência de pagamento dos medicamentos. Quando eu falei a uma médica que trabalhava na unidade de saúde da Vila Dacol sobre o pagamento dos medicamentos – e seu preço alto mesmo no serviço público, ela ficou visivelmente preocupada e disse “pois é, a gente precisava se informar mais sobre isso”. A conversa com essa médica aconteceu após uma primeira visita à casa de Nilza com uma agente de saúde, a qual afirmou categoricamente para a mulher que esperava uma consulta no Hospital que ela não teria que pagar nada. Numa terceira visita a Nilza, eu fiz questão de falar desses valores, pois ela tinha me perguntado quando eu fora em outro momento. Ela só me disse “Vamos ver”. Em outro momento, Nilza falava diretamente que sua busca pelo Hospital nasceu de uma conversa com a médica do posto, assim como Andrea.

25 A ênfase dada à ação das agentes de saúde não pretende afirmar um maior controle destas que dos demais profissionais do PSF. Deve-se ao fato de seu trabalho ser mais direto com a comunidade e assim tornar-se mais explícita essa atuação. A dupla pressão a que estão expostas por serem, ao mesmo tempo, parte da comunidade e do serviço de saúde (SCOTT, 2008) deve ser levada em conta na análise do caráter ambíguo de seu papel (VICTORA; KNAUTH; OLIVEIRA, 2008).

De como a biomedicina marca, mas não define os caminhos percorridos

Eu acho que eu deveria ter ido ao médico: Sobre a diferença entre não ter filho e ter um problema de saúde

Nesses casos iam ficando explícitas situações de mulheres que narravam experiências de viverem há vários anos sem terem tido filhos e sem que isso houvesse se transformado em uma razão para procurar o médico. Para certas mulheres, o fato de nunca terem tido um filho não significa automaticamente, ou inevitavelmente, que não se poderá ter ainda ou que isso implicava em um *problema de saúde*. Se em alguns casos, como veremos no tópico seguinte, mulheres haviam passado anos em tratamento médico até encontrarem uma solução ou uma explicação para a falta de filhos, os casos de Gerlane e Isaura, que conheci na Vila Dacol, pareciam terem encontrado essas soluções ou resistido a encontrá-las, completamente do lado de fora do serviço de saúde.

Gerlane tinha 34 anos, estudara até a *quarta série* e era dona de casa; vivia em Canoas onde mora sua família que inclui duas irmãs, uma que tem uma filha adotiva e outra que *nunca teve filho*, mas também nunca procurou médico. Há seis anos mudou-se para Porto Alegre onde vive com seu segundo companheiro que é vendedor de frutas. Há dois anos abortou, aos sete meses de gravidez, nunca tinha engravidado antes, mesmo quando viveu por sete anos com seu primeiro companheiro. Quando a encontrei a primeira vez e, na conversa, mencionei o tema da pesquisa, ela disse que sempre quis ter filhos e achava que deveria ter procurado o médico depois que abortou:

– *Era para eu ter ido [ao posto] mas eu não fui... Acho que é porque eu sou relaxada.*

Depois disse que achava que não havia ido ao médico porque não queria “passar por aquilo de novo” – engravidar e perder o filho, pois sofrera demais.

– Não, nunca tivemos filhos. Mas eu acho que naquele caso era com ele mesmo porque ele já tinha tido uma mulher antes e não tinha tido filho também.

Comento:

– Tu achas que era com ele... e ela continua:

– É, mas eu também não fiz nada não. Eu nunca fui procurar médico não.

Pergunto se ela acha que tinha que ter procurado um médico e ela afirma:

– É, né? Porque se eu não uso nada e não consigo, deve ter alguma coisa errada, mas eu nunca me preocupei não.

Isaura, por sua vez, é uma mulher de 52 anos, casada há 21 com o mesmo companheiro e estudou até a *terceira série*; eles vendiam desinfetante e detergente de porta em porta e já trabalharam também na reciclagem de lixo. Isaura teve um aborto logo no começo do casamento, nunca mais engravidou, não sabe o que aconteceu para isso, mas acha que não tem nenhum problema para engravidar já que engravidou daquela vez. Continua dizendo que quer ter um filho seu mesmo, mas também diz que nunca foi ao médico para isso. Da última vez que tinha marcado uma consulta para fazer uma ecografia, encaminhada pelo posto de saúde, esqueceu a consulta. A causa do aborto de Isaura fora um acidente quando ela foi “apartar uma briga” de seus irmãos e levou “um chute na barriga”.

Eu perguntei se ela sabia se esse episódio poderia ter gerado alguma complicação além do aborto e ela diz:

– A médica falou uma coisa do meu útero, mas eu não sei... como é, não me lembro... [Diz fazendo caretas, baixando a cabeça com a mão

no queixo, como fazendo um esforço para lembrar]. Útero infantil. Foi isso que ela disse que eu tinha, útero infantil... mas tem uma amiga minha que a médica disse que ela tinha o mesmo problema, ela fez o tratamento e hoje tem oito filhos. Olha aí! Mas eu não procurei, larguei de mão, não dei bola para o meu corpo... A minha amiga vivia dizendo para eu ir ao médico, voltar para fazer o tratamento, mas eu não procurei.

Quando pergunto em que época isso aconteceu Isaura diz já fazer muito tempo, quando ela ainda estava com seu companheiro anterior. Perguntei também o que a médica havia explicado sobre útero infantil. Isaura ri, fixando o olhar em mim por um instante e faz um gesto com as mãos abertas depois dizendo não saber:

– Eu ficava meio paradona assim pensando... útero infantil, o que é isso? Mas aí depois disso eu era para voltar na médica, mas não voltei..

A forma como Isaura e Gerlane me falavam da sua procura do médico parecia sempre muito mais uma afirmação de que, ao considerar-me como alguém que deveria achar que elas deveriam ter feito isso, acabavam dizendo que *deveriam* ter procurado o médico. Particularmente isso pode ter se acentuado na primeira conversa com Gerlane onde fui apresentado pela médica do posto de saúde. Suas trajetórias e não só suas falas apontam para isso. Gerlane vem de dois casamentos, um de sete e outro de seis anos e disse que nunca foi ao médico por essa razão. Isaura é casada há 21 anos e a ecografia solicitada pela médica se deu em virtude de sua queixa de que estava com dor “*aqui em baixo, perto do umbigo*”.

Ela me contava que foi na consulta que, ao falar que nunca tinha tido um filho biológico, a possibilidade de começar a investigar *problemas* aconteceu:

– A médica disse que, se eu quisesse, ela me encaminhava ao médico para fazer um tratamento.

Eu perguntei se a médica havia comentado sobre a possibilidade de ter filho na sua idade e ela respondeu que sim:

– Ela disse que dava, se eu quisesse, ela me encaminhava. Mas esse negócio de idade eu acho mesmo que não tem nada a ver... Eu tenho uma amiga, ela é da minha idade e ela foi ao médico, fez um tratamento e está com um filho aí hoje, não teve nenhum problema... Minha irmã mesmo diz: ‘– Isaura, está tudo bem contigo, Isaura se tu quiseres tu podes ter um filho, tu não já tiveste?’.

Aos dois possíveis obstáculos à sua gravidez, o útero infantil e a idade, Isaura objetava rapidamente que isso não seria problema, pois conhecia casos de mulheres que teriam engravidado na mesma situação, mesmo que já fizesse mais de vinte anos de sua única gravidez. Seu marido teve um filho de uma mulher mais jovem e levou essa mulher e a criança para morarem na mesma casa. Ela diz que acabou se apegando à criança e os profissionais no posto de saúde disseram-me repetidamente que ela era como se fosse a mãe da criança, não deixando a mãe biológica se aproximar da mesma nas consultas. Além dessa criança, Isaura me disse também:

– Eu vivia dizendo a todo mundo que meu sonho era ter um filho... Hoje eu tenho Danilo que eu adotei, já tem 10 anos hoje. E assim como Gerlane, citava diversos exemplos de adoção em sua família.

Assim como Isaura, Gerlane repetia por várias vezes que sua irmã sempre lhe dissera que ela não tinha “nenhum problema” e sabia que ela poderia engravidar. Em muitas situações, essa percepção era corriqueira: se há alguma mulher que em situações parecidas às suas haviam engravidado, seria razão para elas crerem que também poderiam.

Para outras mulheres que conheci no Alto da Torre, também era presente essa noção da possibilidade de engravidar, apoiada numa compreensão de que, associado ao fato de que os médicos não apresentavam um diagnóstico claro, elas iam construindo outras argumentações. Nos casos de Rosa e Andrea havia um conjunto de referências a seus possíveis problemas de saúde que eu chamei de

a *construção do diagnóstico*. Elas falavam desde o início que haviam engordado muito e que os médicos recomendavam a perda de peso como favorecendo um quadro de saúde mais geral que poderia facilitar a projeto de vir a engravidar. Na casa de Ronaldo e Andrea em suas constantes *acusações*, ele dizia o tempo todo que ela precisava “*esmagrecer*” e disse que o médico a teria encaminhado para um nutricionista. Para essas mulheres, não há uma aceitação imediata do que os médicos apresentam como razões ou dificuldades de sua gravidez como sendo argumentos definitivos. A compreensão é de que seriam esses elementos e dificuldades e não a existência de uma impossibilidade específica para ter filho.

Nessa forma de considerar o que seriam as razões para não engravidarem, pode ser percebida uma crença alimentada em uma possibilidade que ainda não se esgotou. Por outro lado, é possível perceber também que aí está em jogo a negociação de uma *identidade*. Em virtude do estigma associado ao fato de não se poder gerar um filho, as mulheres tendem a negar a identidade de infértil ou estéril (VARGAS, 1999, LUNA, 2007: 67-75). Essa questão será aprofundada no capítulo seguinte, onde serão discutidos os elementos em jogo na pressão por filhos.

Assim como Isaura, Andrea fala que perdeu a consulta que teria marcado para essa investigação de sua *dificuldade*. Em seu caso estava menstruada e ficou tímida de ir ao médico. Quando falou isso em uma conversa, ao final disse:

– *É, outro dia eu vou lá no posto para marcar de novo.*

Tanto Rosa como particularmente Andrea pareciam ter um contato mais sistemático com o médico onde a questão de não engravidar aparecia como uma demanda mais regular. Se Gerlane e Isaura pareciam não ter de fato recorrido ao médico, as demais que o haviam feito faziam de uma forma muito particular, marcada, entre outros elementos, pela intermitência.

Havia não apenas situações de não procura como de constantes *desistências*. Mesmo no caso de Maíra, na Vila Dacol, uma jovem que havia adotado uma criança e no momento de nossa conversa estava grávida, era possível ver-se anunciando uma resistência a procurar os médicos para todas as situações:

– Eu sempre fui medrosa para esse negócio de médico. Quando eu fiquei esse tempo que não engravidava eu ia ao posto e nem comentava com a médica para ela não pedir exame.

Andrea, por sua vez, dizia que quando ia à sua igreja rezava pedindo ajuda a Deus. No entanto, a ajuda não era por um milagre, mas por não lhe permitir desistir:

– A gente pede, eu mesmo rezo, peço a Jesus para ele me ajudar, para que eu consiga. Peço para ele me dar força para eu não desistir do tratamento [rindo]. Mas mesmo assim, às vezes eu desanimo, como foi da outra vez eu já estava fazendo os exames, mas desisti e passei três anos sem procurar.

Para Rosa e Plínio, que não estavam em uma busca como a de Andrea, mesmo que intermitente, quando eles me falavam em tratamento, esse parecia estar sempre no horizonte, algo distante. Eu perguntei a Rosa o que ela havia escutado sobre possibilidades de tratamento para poder ter um filho antes de ir ao posto de saúde. Ela se referia ao mesmo *Programa do Gugu*:

– Eu não sei o nome... mas é aquilo que a pessoa tira o sêmen, congela e bota direto no útero. Passou isso lá, mas é um tratamento que é pouca chance, né? E eles dizem que é muito difícil, tem pouca chance de você na primeira vez conseguir engravidar, tem que tentar, e tentar...

É possível que essa fala seja formulada a partir de minha presença e meus questionamentos. Só posso seguir suas ideias a partir do que eles estavam me falando. No entanto, mesmo descrentes, elas iam me falando que passaram a buscar explicações. Não é demais lembrar que

foi Rosa quem anteriormente disse que o médico havia lhe perguntado se queria ter um filho seu mesmo. Ela continuou falando sobre a matéria que haviam visto no *Programa do Gugu*:

– *Aí eu vi e fiquei brincando com o Plínio, ‘vai lá, porque tu não vás congelar o teu?’ [esperma]... Ele dizia, ‘eu vou’, mas não ia.*

Rosa diz isso em tom jocoso, como se brincasse com o marido e eu pergunto se ela tinha falado a sério com ele e ela diz que sim, acrescentando:

– *Mas ele não vai, não. Ele não gosta de médico, mas eu queria que ele fosse. Mas aí também eu fico pensando, né, porque tem aquela novela do [canal de TV] quatro, Os Mutantes.*

Eu questiono:

– *Não sei, Rosa... tem essa? e ela confirma:*

– *É, é uma novela que tem uma médica que faz experiência com as crianças e nasce assim criança... é como se fosse outros seres... Ah, eu tenho medo, já pensou se nasce uma criança assim, nascer outra coisa.*

Rosa fala continuando a rir muito:

– *Eu digo assim para ele ir ver o médico, mas eu também sou cagona. Por isso que eu fiquei interessada no tratamento que o doutor Joel tinha falado que existia que é um tratamento para engravidar normalmente. É com remédio, não é como essas coisas que a gente viu. Porque eu quero ter um filho natural.*

É tentador seguir todas as sugestões do que Rosa aponta como sendo um tratamento mais *natural*, com *medicamentos* e o que seria a noção de *engravidar normalmente*. Detenho-me, no entanto, nos elementos que venho focando. Não existe em sua narrativa da busca por tratamento a mesma obstinação apresentada por outras mulheres, inclusive pedindo ajuda para não desistir, como Andrea, nem o mesmo sentido de urgência. Ao narrar sua trajetória, Rosa ia me apontando como o recurso aos serviços de saúde – que eu havia entendido, a princípio, serem para engravidar – estão

imbricados nas questões mais gerais de saúde e não exclusivamente no interesse em ter um filho, particularmente. Quando pergunto se ela tinha alguma consulta agendada com o médico do posto para tratar da questão de sua dificuldade para engravidar, ela repete que o médico afirmou que “vai começar de novo a estudar o caso pra ver o que eu tenho”.

Sobre o agendamento diz:

– Não, ainda não. Quando eu fui lá ele me encaminhou para o [Hospital] Santa Marta, mas é porque eu tive uma vez na escola uma coisa tipo uma parada cardíaca, aí ele me encaminhou para o cardiologista.

Andrea e Ronaldo podem ser pensados como exemplo de como a busca dos médicos e os possíveis tratamentos estão orientados por uma motivação de esclarecer as responsabilidades de cada um no casal. Essa motivação está voltada também para esclarecer, no caso de Andrea, que ela não tem problema e não quer ser apontada pela família do marido como a responsável. Nessa narração da busca dos serviços médicos, além de um conhecimento diferenciado sobre os procedimentos e mesmo a existência ou não de tratamento, aparece a mesma questão que aparece para Rosa de que não se está disposta a *fazer tudo*. Andrea falou sobre deixar na mão de Deus ou que “Quando não tem de ser não tem o que fazer”, como várias outras pessoas falaram.

Ao mesmo tempo em que é preciso enfatizar que são pessoas em momentos diferenciados de trajetórias, que eventualmente poderiam se cruzar, há também vários elementos apontando para diferenças importantes. Nilza, cujo marido não podia ter filho em função da síndrome de Klinefelter, já passou por um longo período de investigação e estava efetivamente fazendo consultas no Hospital. Apesar de seu tempo de investigação, mais de dez anos, as informações que acumulou a permitem dominar os códigos com muito menos elementos e de forma muito mais fragmentada que as demais que narraram suas trajetórias no Hospital – e mesmo algumas que conheci nas comunidades,

como veremos a seguir. Mesmo parecendo obstinada na busca dos serviços ditos disponíveis, há que se levar em conta que sua trajetória de desencontros, desinformações, compreensões conflitantes, etc. põe em questão a viabilidade de fazer o *tratamento* acontecer.

Antes de aventar essas conclusões, continuemos acompanhando diferentes situações que se relacionam com as descritas até aqui, mas que apresentam novos elementos, particularmente a forma como a experiência do sofrimento definiria a continuidade ou não do tratamento. Os casos de Rosa, Andrea e Nilza podem ser pensados como em uma fase diferente dos que já tinham desistido como veremos. Não faz sentido dizer que elas vão acabar desistindo como outras fizeram, até porque o que se pode perguntar é se de fato elas *começaram*. Não se trata de futurologia. Se aqueles casais referidos no capítulo anterior estão construindo o serviço de reprodução assistida do Hospital como sendo a sua *luz no fim do túnel*, esses ou não a enxergam ou estão guiando-se por *outras luzes*.

Eu já sofri muito: Sobre a possibilidade de viver sem as NTCs

Mesmo entre os que tomaram a decisão de buscar os procedimentos médicos de RA, há uma enorme diversidade de compreensão desse processo. Decidir participar desses recursos médicos não implica numa compreensão unívoca, havendo dúvidas, questionamentos, críticas, perplexidade e temor. Por mais forte que seja a legitimidade do discurso médico, esse só se encaixa na lógica da experiência muito particular das pessoas.

Embora algumas mulheres referissem ter visto programas de TV sobre tecnologias conceptivas e tratamentos para engravidar, muitas diziam nunca ter ouvido falar em qualquer tipo de tratamento, imaginando que os procedimentos que o médico lhes recomendariam seriam *remédios*, aos moldes do que eram os anticoncepcionais. Esse

pouco conhecimento das técnicas às vezes é aplacado por uma crença a respeito dos médicos de que *eles sabem*. Por outras, é geradora de angústia e incerteza: Muitas vezes a noção é de que os médicos não sabem o que fazer. Particularmente em mulheres com trajetória de longo processo de tratamento, a noção de que os médicos não sabiam o que fazer se alia à de que as intervenções para o tratamento eram extremamente dolorosas e invasivas e esse fato é apontado como a razão para não dar continuidade ao tratamento.

Os casos de Lídia e Bruna são exemplos importantes para pensar como em algumas situações, mesmo que inseridos no processo de tratamento médico, as formas de compreensão e negociação, bem como os limites de até onde se está disposta a ir, podem variar. Lídia tem 33 anos de idade e concluiu o segundo grau. É dona de casa, casada desde os 18 anos, sem nunca ter engravidado. Seu marido tem 38 anos e é mecânico de automóveis. Lídia, em consonância com muitas mulheres, diz que no início do seu casamento tomou anticoncepcional por cerca de cinco anos e narra sua trajetória marcada pela passagem por muitos hospitais e diferentes intervenções em decorrência de identificação de cistos nos ovários. Ela conta que fez uma primeira cirurgia, mas os cistos reapareciam e ela teve que fazer outra, que foi mais complicada:

- Tanto é que hoje eu só tenho um pedaço da trompa esquerda e do ovário esquerdo. Já estava difícil ter filho e agora mais ainda.

Em sua narração destaca os equívocos e o sofrimento vivenciados:

- Nessa segunda cirurgia, cortaram meu canal de urina. Eu quase morri.

Surpreso, peço para Lídia explicar esse episódio. Ela falava os nomes das cirurgias e exames com muita familiaridade, indicando alguém com uma trajetória longa e, por isso, familiaridade com o jargão médico, algo próximo do que ouvia de alguns casais inicialmente no hospital:

- Porque foi uma vídeo né? Eles vão olhando e vão fazendo

[gesticulando com as mãos a sua frente como seria o movimento do médico na cirurgia guiado pela imagem], *mas cortaram meu canal de urina e eu vim para casa e não aguentava de dor até que voltei e fiquei mais três dias lá no hospital [um outro hospital federal, o Hospital B]. Quem me atendeu foi um estagiário [médico residente], nem digo que foi por causa disso [o fato de ele ser estagiário], mas eu falei, ele examinou e disse: ‘– O cisto voltou, vai ter que tirar tudo’. E eu disse: ‘– Capaz! Faz três dias que fiz a cirurgia, não dá tempo o cisto voltar’ [ela discutindo com o estagiário]. Depois o outro médico me examinou e disse que podia ser que o líquido da cirurgia tivesse se alojado no meu útero. E eu não estava aguentando de dor, até morfina eu tomei. Uma hora eu estava olhando aquele líquido [no dreno] e fiquei vendo aquilo bem clarinho... Certo, no começo tinha um fiozinho de sangue, mas depois ficou só aquela aguinha clarinha e eu disse ‘tem alguma coisa errada’ e disse para ele ‘isso é urina’. Ele disse que não, por fim disseram que era urina mesmo.*

Eu, estupefato, pergunto:

“– Mas como é que ficou, o que foi que o médico que fez isso disse?”

E ela respondeu:

– Nada, nem vi ele mais, já era outro médico que me atendeu. Lá [no Hospital B] é assim, tem os estagiários e cada semana troca. Você nunca é atendida pelo mesmo. Fiquei três meses para me recuperar. Meu marido ficou bem doido.

Questionada sobre alguma possível decorrência disso, ela afirma:

– Não, mas os médicos disseram que eu podia ter tido uma infecção generalizada. Imagina eu cheia de urina... Na verdade meu rim deu uma dilatada.

Após narrar esse longo percurso de cirurgias, erros médicos, desinformação e sofrimento, Lídia me diz que a experiência de dor no hospital a fez desistir de ter um filho biológico. Parecia-me que aquela naturalidade com que algumas mulheres descreviam os procedimentos

médicos como algo inevitável a que elas tinham que se submeter não se aplicava a Lídia. Por essa razão, ela desistira de ir aos médicos mais uma vez e havia decidido adotar uma criança. Eu pergunto o que o médico tinha lhe falado sobre a possibilidade de ela ter um filho e ela responde que “ele não sabe dizer direito, ele não sabe dizer se eu vou ter, se não vou ter...”. O médico teria dito que se ela quisesse engravidar “só se for inseminação”, em virtude da perda de suas trompas, ao que ela não estava disposta:

– Eu não quero saber disso. Agora eu até já me conformei. No começo não, eu chorava, me deprimia, mas agora não. Já me acostumei com a ideia, como diz o outro [diz rindo e sacudindo a cabeça num jeito malandro quando fala ‘como diz o outro’]. Eu conversei com meu marido. Ele também pensa a mesma coisa. Ele diz ‘Você já sofreu muito’. É, eu já sofri muito, não quero continuar nisso não. Vai que dá alguma coisa errada [no tratamento]. Ele fica mais nervoso que eu.

Eu perguntei se ela havia chegado a fazer algo, iniciar o tratamento, e ela diz que isso foi sugestão do médico, que se ela quisesse ele “encaminhava os papéis” mas ela não quis. Assim como Rosa dissera em momento anterior, ela comenta:

– Tem que se inscrever. Demora um bom tempo... Mas eu também acho que quando Deus não quer é porque não tem que ser... E eu não quero passar por tudo de novo. Depois de tudo que eu passei [a criança] nasce com problema, ninguém sabe.

Assim como Lídia, Bruna – que tem 36 anos, concluiu o ensino médio e trabalha como vendedora em uma loja no centro de Porto Alegre –, narra uma história longa de rotinas médicas, reclamações e frustrações. Ela passara mais de 20 anos tentando engravidar, havia desistido há sete anos dos tratamentos e decidira adotar, quando engravidou em 2007, sem que os médicos tivessem lhe apontado qualquer expectativa dessa possibilidade. Embora seu caso pudesse ser visto como sendo idêntico aos

das mulheres analisadas no capítulo anterior, identifico alguns elementos que problematizam uma adesão completa ao discurso biomédico: assim como Lídia, o limite de Bruna é dado pela percepção do sofrimento e do caráter invasivo dos tratamentos que fazia no hospital. Quando perguntei quais tinham sido os exames que ela e seu marido haviam feito ela disse:

– Fez lá o ‘espermo’ dele e fez uns exames no meu útero. Eu sei que eu sentia muita dor. Eles mexiam muito em mim, botavam bico de papagaio, era muito ruim, aí eu parei e passei um tempo sem querer [voltar ao médico]. Aí depois eu voltei ao posto e eles disseram ‘Quem sabe, vamos continuar?’, mas eu disse ‘Não, vou esperar um pouco’.

Por todo o tempo de nossa conversa, Bruna destaca os períodos de desistência do tratamento. Eu pergunto por que ela decide esperar e ela de novo refere o incômodo dos exames e procedimentos:

– Os exames incomodavam muito. Eu vinha chorando do hospital,, dizendo que ficou cerca de um ano e meio sem voltar ao hospital:

– Nesse começo era assim: eu ia ao médico, depois desistia por causa dos exames e ficava um tempo sem ir. Depois eu fui ao Hospital. Cinco, seis anos lá eu me tratei e não dava resultado. Eles não falavam coisa com coisa. Tinha um médico lá, não lembro o nome dele. Ele me dizia que os exames estavam indicando que o problema era o marido, dizia que ele tinha o esperma preguiçoso. Aí aquilo tudo, mais de cinco anos me tratando e nada, eu já estava murchando. Aí sete anos se passou e quando foi ano passado no começo do ano passado [2007], de janeiro para março passou três meses e minha menstruação não veio.

Bruna diz que já estava *murchando* depois de cinco anos de tratamento no Hospital. Se ela afirma as desconfianças dos médicos sobre o que seriam as causas de sua dificuldade para ter filhos – o *esperma preguiçoso* do marido – é possível que o que ela está referindo como cinco anos de tratamento sejam os anos de consultas e exames na tentativa de chegar a um diagnóstico.

Lídia e Bruna são mulheres que conheci em diferentes momentos, mas nenhuma das duas estava no processo de busca por tratamento ou realização do mesmo. Suas falas em relação às possibilidades e eficácia do tratamento são marcadas por uma perspectiva de quem desistiu. No caso de Bruna, embora não tivesse acreditado por vários meses que estava grávida, o fato de ter passado vinte e um anos *em tratamento* e só ter engravidado depois de sete anos de ter desistido era o sinal evidente para ela de que os médicos não sabiam a resposta. Bruna me falou de uma conversa sua com o médico do posto da comunidade depois que ela finalmente acreditou que estava grávida numa das consultas de pré-natal. Assim como Lídia, sua fé em Deus era um elemento importante de suas decisões:

– *Eu sou assim, eu acredito em Deus. Deus sabe o que faz, eu pensava. Eu vou aceitar, se não for para eu ter filho eu não vou ter. Aí foi quando aconteceu tudo [a gravidez] ano passado. Eu disse até para o médico aqui do posto: ‘O médico no Hospital disse que quanto mais velho [seu marido] menos chance de ter filho’. E ele [o médico do posto] disse: ‘Milagres acontecem’.*

A referência ao discurso religioso por parte de pacientes e profissionais de saúde está sempre presente, independente da filiação religiosa dos sujeitos. Além de uma fala referente à *vontade de Deus* como definidora de quem terá ou não um filho (presente em falas como ‘Eu vou largar na mão de Deus’), está presente essa referência especialmente nos casos onde inexistente uma explicação médica para a ausência de filhos. Naara Luna (2006), analisando essa questão a partir de contexto específico de mulheres que estavam submetidas a tratamento de reprodução assistida, apresenta resultados muito próximos aos que estou discutindo aqui, por parte de mulheres em tratamento, independente de procedência social, e seus médicos.

Essa fé, ao mesmo tempo, não está relacionada apenas à confiança em Deus e nos médicos e na ciência, mas ao fato de que considerar a possibilidade de vir a engravidar via intervenções médicas não prescinde de recursos de outras ordens. Várias mulheres, mesmo algumas que estavam em tratamento no hospital, referiam que já tinham ouvido falar de tratamentos outros para a dificuldade de ter filhos. Um medicamento que elas diziam não mais existir e falavam às vezes sem querer demonstrar muita confiança em sua eficácia era *Saúde da Mulher*, um fitoterápico que serviria para *um monte de coisas*, inclusive para engravidar ou *regular a menstruação*. Diziam que tinham tomado porque suas mães ou outras mulheres haviam sugerido²⁶.

Eduardo e Sibebe, que conheci no Hospital e estavam se preparando para uma segundo ciclo de tratamento, contaram que ele fez uma *cirurgia astral* para resolver seu problema. Nenhuma dessas pessoas, no entanto, foi tão eloquente ao referir o conjunto dessas possibilidades como Bruna, a mesma mulher que vimos narrando suas duas décadas de busca de serviços médicos:

– Foi muita coisa que eu fiz. Já tinha ido em muito médico, fazia simpatia... Eu ia na Igreja pedir, rezar... Fui em médico espírita. Eles até disseram que fui operada pelo espaço.

Quando perguntei onde ela tinha feito essa cirurgia, ela disse ser “tipo umbanda, meio um centro espírita, era mais espírita”. Além desse centro, fora também a um curandeiro em Porto Alegre que passou um líquido para tomar que ela comprou na farmácia:

– Eram dois vidros tipo um elixir... Era tipo um xarope de ervas. Definia esse homem que ela chamava de *curador*, e conheceu por meio de suas cunhadas que já o conheciam, como “tipo um médico espiritual”.

26 Ver Arilha (1996a) para *tratamentos alternativos* referidos por mulheres que não podia ter filhos.

Falando especificamente sobre as simpatias ela contou animada de algumas que Gerlane também me relataria depois:

– *Eu comprava uma meinha [meia de bebê], botava bala dentro e botava na praça e pedia a Cosme e Damião para ajudar. Minha irmã fez simpatia para mim [para Bruna engravidar], para o Menino Jesus de Praga. Ela já pagou, mas eu não paguei ainda. Estou esperando ela [sua filha] fazer sete anos, ela tem cinco meses agora. Eu quero fazer uma mesa de doce e convidar sete, ou catorze crianças. As pessoas dizem que você arruma uma mesa com tudo que é doce e convida crianças para comer. Podem ser sete, podem ser catorze crianças; eu vou convidar sete. Aí elas não podem comer com garfo, têm que comer tudo com a mão. Mas eu estou esperando ela fazer sete anos. [corta o assunto dizendo] Ah, eu ia te falando antes... o remédio, o xarope, o nome é 'Saúde da Mulher', tinha que tomar um vidro dele, e tinha outro que tinha que tomar um vidro também, mas esse eu não sei o nome..*

Pergunto se ela o havia tomado, ao que ela afirma:

– Tomei.

Outras formas de ser mãe: pegar para criar

Na primeira vez que fui à casa de Rosa ela me falou de como foi a experiência de maternidade em sua vida:

– *Eu penso assim, chega um tempo na vida da gente que a gente quer ficar mais quieto, quer ficar em casa, quer ter a família da gente. Eu me lembro quando eu não tinha ele [filho]... Tudo bem, eu saía, passava o dia fora, conversava com uma, com outra, mas depois quando eu vinha para casa, eu me sentia sozinha, eu sentia falta de um filho meu..*

Pergunto como foi quando ele [o filho] chegou e ela diz:

– *Ah, foi muito difícil, porque eu já tinha cuidado de criança, meus sobrinhos, mas era diferente, eu cuidava, dava banho, mas quando a mãe [das crianças, suas irmãs] chegava levava para casa e eu ficava livre, mas quando ele chegou não, ele chorava o tempo todo, eu não*

conseguia dormir porque ele se acordava de noite, eu não sabia como fazer. Minha mãe dizia como fazer as coisas, mas era eu que tinha que fazer tudo. Foi à força que eu aprendi a ser mãe. Mas eu não me arrependi um minuto. Tudo que eu queria era ter um filho.

Sinalizador do desejo de ter filhos que marca as pessoas que conheci ao longo dessa pesquisa, essa fala de Rosa é enfática no significado da transformação em sua vida da chegada de um filho: “Tudo que eu queria era ter um filho”. Assim, deslocada de seu contexto não pareceria surpresa que ela estivesse falando de um filho biológico. “Eu sentia falta de um filho meu”, ela dissera no começo dessa mesma fala. No entanto, essa fala sua referia-se ao período logo após a adoção de Daniel, que foi deixado por uma vizinha para que eles o criassem. Ao mesmo tempo, na sequência dessa conversa, ela enfatizava como agora que já tinha um filho homem queria uma menina, mas “meu mesmo”.

Assim como no caso de Isaura, eu comecei a perceber que a adoção aparecia como um tema não apenas mais recorrente, como também uma possibilidade mais realista, menos distante do que aparecia para os sujeitos envolvidos na missão de ter um filho pelas NTCs. Essa compreensão foi ressaltada já nos primeiros contatos com as agentes de saúde. Embora em um primeiro momento, quando eu perguntasse sobre o tema elas dissessem desconhecer, aos poucos, iam *lembrando* vários casos não apenas relacionados às pessoas das comunidades onde trabalhavam, mas em suas próprias famílias ou entre pessoas mais próximas dos seus círculos de convivência.

Em consonância com as pesquisas de Fonseca (2002), sobre as particularidades da adoção ou da circulação de crianças em grupos populares, pude perceber entre os casais que conheci nas comunidades vários casos de adoção formalmente regulados ou experiências de *pegar para criar*. Três haviam adotado, um tinha iniciado processo de adoção, mas tinha desistido por causa da burocracia e dois dizem ter pensado

em adoção, mas por insegurança sobre o caráter definitivo da adoção tinham desistido e outros diziam estar *procurando* criança para adotar.

Maíra adotou aos 20 anos de idade um afilhado que a mãe biológica abandonara. À época da pesquisa ela estava grávida e já fazia sete anos que estava casada com seu primeiro marido, mas adotaram, dizia, não por alguma noção de que não poderia ter filho naturalmente, mas pela circunstância em que aconteceu. Maíra conta que dois meses depois que tinham batizado a criança na igreja, certa noite a sua mãe e a sogra chegaram à casa deles dizendo: “A gente tem uma coisa para conversar com vocês”, contando que a mãe biológica teria deixado a criança e que queriam que eles ficassem com ela. Eles conversaram e queriam ficar com o bebê, mas tinham medo que a mãe viesse tomar de volta depois. Certa noite, a avó da criança junto com o pai biológico foram lá deixar. Maíra diz emocionada que foi só nesse momento que se decidiram – quando viram a criança “no carrinho com uma sacolinha de plástico pendurada com as roupinhas dentro”. Diz que ele estava muito “magrinho, desidratado, com infecção nos dois ouvidos”. Decidiram ficar com a criança, mas levaram logo ao Conselho Tutelar, pois queriam “passar a criança para o nosso nome”. Ela foi conversar com a mãe biológica da criança depois e a fez prometer que nunca mais pegaria a criança de volta. No entanto, “três meses depois ela veio buscar de volta e eu disse ‘a gente vai ver no juiz quem vai ficar com ele’”. Maíra diz empolgada que ficou furiosa e disse ‘muitas coisas’ para a mulher:

– O que você fez, *nem uma cadela faz com os filhos*.

Segundo Maíra seus amigos acharam *uma loucura* eles adotarem tão jovens, já que poderiam ter um filho *seu mesmo* depois. Ela estava grávida aos 22 anos de idade e acha bom, pois queriam ter um casal; já tendo um filho, “agora era só uma menina chegar”.

Certamente nem todas as pessoas narravam a possibilidade da adoção da mesma forma, havendo resistência. No entanto, percebi em muitos

casos que a negação da adoção para algumas pessoas se dava menos por uma rejeição absoluta a essa alternativa e um apego irrestrito ao desejo de um filho biológico e mais a um temor de, ou ser abandonado pelo filho adotado quando esse crescesse, ou que o estabelecimento de uma adoção *informal*, implicasse em que, depois de estabelecidos vínculos entre os pais e filhos adotivos, os pais biológicos quisessem “pegar de volta a criança”. É por essa razão que todos os que adotaram falaram logo de sua urgência de “passar para o meu nome”. Aqueles que tiveram experiências de tentativas de adoção não concretizadas diziam sempre que desistiram, pois teriam percebido que os pais biológicos poderiam *mudar de ideia* depois. Como me disse Gilma (22 anos, dona de casa, primeiro grau incompleto), sobre uma tentativa de adotarem uma sobrinha, filha de seu irmão:

– A gente ia pegar ela para criar, a mãe dela abandonou ela, mas depois ele [seu marido] desistiu porque ele queria assim que fosse passado mesmo para o nome da gente, mas meu irmão não quis, então ele desistiu.

Falou também que sua mãe ia “pegar a afilhada para criar que estava praticamente abandonada”, mas desistiu depois porque “teve medo que a mãe [biológica], depois que ela tivesse apegada, viesse pegar a criança de volta”.

Foi muito mais corrente, por parte das mulheres que entrevistei nas comunidades, o desejo de *experimentar a maternidade*, cuidando de uma criança recém-nascida do que um desejo de ter seus genes perpetuados. Embora haja referências a que “não se sabe como essa criança vai ser” e que “é muito complicado não saber as origens” da criança, os temores parecem se aplicar mais a um eventual abandono do lar do que a uma preocupação com traços hereditários (ou continuação biológica da linhagem)²⁷.

27 No contexto analisado por Naara Luna (2004, 2007) há referência aos diversos posicionamentos em relação à possibilidade de adoção, no entanto em geral considerada como recurso de última ordem, uma vez sendo impossível um *filho do sangue*.

Num primeiro momento, quando ouvia pessoas dizendo “é muito difícil adotar” eu traduzia simplesmente essa informação por uma fala equivalente apenas a “eu prefiro um filho biológico”. Aos poucos fui vendo os relatos de pessoas que não apenas adotaram, mesmo sem identificar qualquer dificuldade para ter um filho biológico, mas também relatos de tentativas frustradas de adoção e comparações das filhas, seja da adoção, seja do tratamento para engravidar. Ainda mais, não é automática a desistência da adoção pelo simples enunciado de uma possibilidade médica de ter um filho.

Semelhante ao reconhecimento das dificuldades de acesso ao serviço de saúde, emerge nessas falas o poder judiciário como outro polo a ser gerenciado na busca de um filho. A fala de muitas mulheres e homens de que “é difícil adotar” remete no mais das vezes à burocracia, à demora e à ideia de que “eles [os juízes] não vão dar filho [em adoção] para pobre” do que a alguma resistência *a priori* à adoção. Quando perguntei a Rosa se eles já haviam pensado em adotar antes de Daniel aparecer ela disse que “sempre pensava”. No entanto, fora a sua mãe quem os alertou para que adoção não era algo tão simples, nem para todas as pessoas:

– *A mãe dizia, ‘Vocês acham que adotar é assim fácil? Não é não. Tem que ter as coisas, eles vão querer saber’. E tem mais, Plínio e eu não somos casados no papel. Estava dando no rádio que eles não querem dar criança assim para quem é classe média como a gente.*

Eu não entendia naquele momento o que Rosa queria dizer com *classe média*. Minha dificuldade devia-se às circunstâncias que percebia em sua vida enquanto dona de casa e seu marido pedreiro. Rosa continuava:

– *A gente que é da classe média eles vão querer saber quanto ganha, se vai ter condições de criar a criança, onde mora....*

Quando perguntei para quem ela achava que eles dariam filhos em adoção ela disse:

– Ah, só para gente rica, para quem tem dinheiro.²⁸ Tem uma amiga que mora na praia. Ela está tentando até hoje. Ela também é classe média e nunca conseguiu, mas ela disse que conheceu um casal bem de vida que foi e conseguiu na hora.

– Ela trabalha em que, Rosa? – perguntei. E ela disse:

– Ela é empregada doméstica na praia... o marido dela tem negócio próprio e tudo, mas eles não conseguem. Aí a gente pensava em adotar, mas quando a mãe falou isso e eu fui vendo, aí disse, ‘então vou esperar’. Mas aí apareceu Daniel. Eu não achava que ia ser tão rápido, [diz rindo].

Rosa diz que agora que já tem um filho quer ter outro, mas quer ter seu mesmo agora. Seu marido diz que, por ele, adotariam mais uma vez já que a mesma mulher que deixou Daniel estaria grávida novamente e queria deixar com eles a criança quando nascesse. Em direção diferente – já tendo passado por um processo mais sistemático de idas ao médico e parecendo ter mais informações sobre as NTCs, Lídia que, como vimos, não teria iniciado o tratamento por já ter sofrido demais, falava em sua opção pela adoção:

– A gente pensa em adotar. No começo meu marido não queria, eu também não queria, mas agora a gente quer. Mesmo que é tão complicado, mas a gente quer adotar. Eu tenho uma vizinha que até adotou e a mesma mãe [biológica] tem outro bebê agora e também quer dar.

– Ah, e vocês querem... – Comento. E ela continua:

– Sim, a gente quer pegar. Essa minha vizinha pegou ela bem novinha, a mãe mesmo que quis dar ela, foi no juiz e tudo para regularizar, mas ainda não passou para o nome dela. Disse que só com sete anos.

Questiono:

– É? Não sabia disso...

28 Vale destacar que entre os casais contatados no Hospital, os três que estavam habilitados para adoção e aguardavam na fila ao mesmo tempo em que faziam o tratamento, eram os de maior poder aquisitivo.

Então Lídia responde:

– *Eu também não. Eu achava que se a mãe quer dar, a pessoa não tinha porque não passar logo pro nome. Ela morre de medo que a mãe volte depois e queira pegar de volta..*

Lídia conta que sua irmã que mora no interior ligou até oferecendo uma criança, dizendo que uma mulher queria dar, mas infelizmente tinha sido após uma de suas cirurgias e ela não pôde:

– *Foi uma pena... Eu queria muito, mas do jeito que eu estava, me recuperando, não tinha condições.*

Em todos os casos acompanhados quando há uma resistência à adoção num primeiro momento, as ideias recorrentes são, por exemplo, “poder criar um novinho”, “fazer eu mesmo”, muito mais que ter um do “meu sangue mesmo”²⁹. É preciso considerar que o recurso à medicina em geral e às NTCs, em particular, está sempre sendo pensado dentro de um conjunto maior de possibilidades que levarão ou não à consideração de sua possibilidade, por mais distanciada que essa noção de sua existência seja. Além disso, entre essas possibilidades será considerada a adoção não apenas como um recurso de último caso, pois há situações de crianças já adotadas por mulheres que haviam identificado *problemas*, mas não só por essas. Outros casos foram de mulheres que tinham adotado sem terem procurado médicos. Narram-se temores sobre a precariedade de uma adoção não oficializada, mas destacam-se também as dificuldades colocadas pela burocracia.

29 Em consonância com a discussão de Carsten (2000) e perguntando sobre as razões porque se buscaria as técnicas reprodutivas em vez da adoção, Naara Luna chama atenção para a forma como um conjunto de autores percebe essa definição de vínculos como extrapolando a noção de “laços genéticos”: “Caso a conexão de substância hereditária com a prole se revele importante, cabe inquirir se os caracteres que se supõe transmitidos ao filho não se resumem ao biológico, mas abrangem a dimensão moral. Afirma-se a hipótese de que a busca do filho genético está menos relacionada no discurso nativo à necessidade da transmissão de genes [...] do que com a expectativa de um sentimento de pertença mais forte a partir do vínculo de substância entre pais e filho”. (LUNA, 2007, p. 19)

Vale destacar que todos os casos narrados de adoção ou tentativas de concretizá-la, pelas mulheres das comunidades, foram feitos diretamente entre mulheres sem filhos e as mães biológicas. Uma vez anunciada a possibilidade ou feito, o acordo entre ambas é que a necessidade de regularização se impõe. Não há casos de pessoas que entraram na fila (isto é, o cadastro de adotantes do JIJ – Juizado da Infância e da Juventude) para isso. A ideia corrente é que *juiz não dá filho a pobre* e seria perda de tempo ficar na fila. É diante de todos esses elementos percebidos como obstáculos que vão se descortinando alternativas para que se possa ter um filho.

Não tem diferença, mas eu queria o meu

Alguns casais foram enfáticos que não queriam adotar. Os argumentos para a defesa de um filho de sangue possuem diversas nuances. Além dos elementos recentemente citados, o desejo de um filho de sangue está relacionado muitas vezes à pressão dos familiares de forma mais ou menos direta. Entretanto, não há intenção de defender a existência de diferenças substantivas entre grupos ou pessoas. O fato de haver uma configuração específica de maior abertura à adoção e à circulação de crianças, não implica necessariamente numa minimização da importância e do desejo de um filho biológico.

Destacarei três situações em que o anúncio do desejo por filhos está eivado dessa permeabilidade e um câmbio constante sobre a afirmação do que seriam as diferenças entre um filho adotivo e um filho biológico. A opção por uma coisa ou outra, ou ao menos a consideração da possibilidade de um filho adotivo não segue um raciocínio único, com argumentos exclusivamente contra ou a favor. A marca central está muito mais para a ambiguidade e a fluidez que para uma determinação final. Senão assim, como seria possível a leitura da elaboração de Nilza? – a primeira das situações das quais quero tratar.

Desejo de filhos

Eu conversei longamente por três vezes com Nilza em sua casa, em momentos diferentes. Seu marido nunca participou das conversas, pois sempre estava no trabalho naqueles momentos e no sábado em que agendei para ir conversar com ele fui dispensado sob o argumento de que ele precisaria sair naquele momento.

Desde o primeiro momento da conversa com Nilza, me chamava a atenção o ir e vir de sua fala sobre o tema da adoção. Eu já havia ouvido referências no posto de saúde a sua busca por informações sobre procedimentos para adoção. Ela me disse de outra busca pela adoção de uma criança que morava no Paraná, antes da consulta ao posto de saúde sobre adoção e antes de ela *saber que existia tratamento*. Quando perguntei por que depois dessas buscas eles haviam desistido de adotar ela disse ser porque “... a gente não sabe depois de criado como vai ser... se vai abandonar a gente...”. Sobre se haveria diferença se o filho fosse *do sangue* ou adotado ela disse:

– *É, eu queria do meu sangue, meu mesmo. Adotado a gente não sabe como vai ser.*

Ao mesmo tempo me diz que se essa adoção que tentaram no Paraná tivesse dado certo “A gente ia pegar, né, adotar daí, a gente não ia largar de mão.” Continuei insistindo se à época em que estavam pensando em adotar eles não consideravam a possibilidade de um filho abandonar e ela me disse:

– *Não, a gente não pensava nisso não. Ai depois com as consultas nós nos animamos mais.*

Perguntei:

– *Quando vocês pensaram em adotar vocês nunca tinham ouvido falar desses tratamentos não? E ela respondeu:*

– *Não, nunca tinha ouvido falar, foi só com a médica aqui no posto que falou para a gente.*

Questionei sobre o que a médica dissera a respeito e Nilza disse:

– *Que tinha esse tratamento agora, eu nem sabia, não sabia nem que ano entrou essa coisa de fazer inseminação em que ano foi.*

– *Nunca tinha ouvido falar?* – perguntei.

E ela:

– *Não, senão eu já tinha ido atrás há muito tempo.*

Continuei:

– *Não tinha nem pensado em adotar?.*

E ela afirmou:

– *Não. É ruim, né, ficar sozinha. Pelo menos uma criança é bom.*

Até esse momento de sua fala, Nilza insistia que o fato de querer engravidar e ter um filho tinha a ver com a questão de não quererem ficar sozinhos, risco que seria aumentado se o filho fosse adotivo. Quando insisto sobre a minha impressão da primeira conversa que tivemos de que ela de fato estava decidida a adotar, ela vai acrescentando os mesmos elementos dificultadores da adoção que outras pessoas recorrentemente mencionaram:

– *É muito complicado, tem que bater xérox dos documentos meu e dele [o marido]. Aí falaram também que tem que levar os papéis aqui e eu fui na delegacia porque não pode estar com o nome sujo. Tudo isso, mas graças a Deus que nós não temos isso. Um monte de coisa eles pedem.*

– *E tu já tinhas esses documentos quando foste ao Paraná?* – Questionei e ela disse:

– *Não, nós íamos juntar tudo e ia mandar pelos Correios, mas aí era muita correria, aí nós desistimos.*

Concluí:

– *Ah foi? Não chegaram nem a juntar a papelada?* e ela respondeu que não.

Quando perguntei por que haviam desistido, Nilza explicou:

– Ah, muito trabalho, para ficar correndo, eles mandam vir aqui, mandam ir lá. Correria. Minha irmã falou que era fácil, mas aí quando eu cheguei lá era outra coisa.

Assim como Rosa queria um filho biológico mesmo tendo adotado o primeiro, Nilza diz que mesmo se tivesse dado certo essa adoção ela teria tentado depois o tratamento. Eu pergunto sobre quais seriam as diferenças entre filho adotado ou não e ela diz que ouviu muita gente falando que filho adotivo é diferente:

– Um do sangue a gente sabe que não vai abandonar a gente. Perguntei se filho de sangue também abandona os pais e Nilza diz:

– Ah sim, põe até no asilo. A gente sabe de muita coisa.

E eu sigo provocando sobre essas diferenças... Se a possibilidade de abandonar seria por ambos e ela diz que “Tanto faz ser de sangue ou adotado” num discurso que vai oscilando:

– Eu acho que de sangue é menos.

Eu rio e pergunto:

– O que será que tem então nesse sangue, Nilza?. Ela ri e diz:

– Não sei, mas graças a Deus que eu não abandonei nem meu pai nem minha mãe....

Da mesma forma que Nilza, as explicações que Rosa me dava sobre a sua opção por um filho biológico também me pareciam distantes de um argumento fechado com explicações automáticas. Era um discurso em elaboração. Somado a isso, como vimos nesse capítulo, a sua forma de buscar remediar essa dificuldade, via medicina, era intermitente e até um tanto flexível. Ela diz que filho adotivo “é filho do mesmo jeito, mas é porque eu queria ter o meu mesmo”. Reconhece, quando insisto por que ela está pensando nessa outra filha, que conversou com sua cunhada e acha que é uma coisa que ela “botou na cabeça”, uma obsessão, em seus termos. Ela diz que percebe que esse desejo de um filho biológico é mais seu do que do Plínio, ele concordaria em adotar outra vez:

– Ele diz que, assim como assumiu Daniel, assumia outra criança que chegasse, não ia abandonar. Aí eu digo que não quero adotar, quero um meu mesmo e ele diz ‘então vai lá procurar um tratamento’.

– Por que tu achas que tu queres tanto um filho biológico agora, Rosa?, perguntei. Ela disse:

– Ai, não sei! Faz tempo! Acho que é uma coisa que eu sempre tive comigo mesmo, eu botei na minha cabeça assim, ‘um dia eu ainda vou conseguir, eu vou conseguir...’ Esses dias eu estava conversando com minha cunhada e dizendo ‘Eu vou arrumar um médico que eu não estou aguentando mais’... [rindo]. E ela [a cunhada] diz ‘Ih, lá vem tu de novo’... Ela diz ‘eu acho que tu estás ficando com obsessão de novo...’ E eu acho que eu estou. Antes do Daniel era assim. Eu até sonhava que eu estava grávida, aí quando eu acordava, nada [fazendo cara de desapontamento]. E eu acho que hoje está voltando isso. Eu fico o tempo todo pensando nisso. Até vendo novela, eu vejo uma mulher grávida e fico pensando se fosse comigo.

Indaguei:

– E isso é mais uma coisa tua mesmo ou do Plínio também?

Ela assegurou:

– Ele não, ele diz pra mim para eu não ficar pensando direto, ele diz que não pode ficar com isso na cabeça porque se ele diz que se for botar na cabeça não vai fazer mais nada... não vai sair, não vai trabalhar... Eu acho que para ele é diferente, ele sai para trabalhar, se distrai com uma coisa e outra. Eu não, o meu problema é que eu fico em casa direto... Mas eu fico pensando, se Deus me deu um, porque ele não pode me dar mais um?

Questionada sobre uma possível diferença entre o filho ser adotivo ou biológico, Rosa afirmou:

– Não, eu acho que não tem diferença, é filho do mesmo jeito, mas é porque eu queria ter o meu.

Ainda em referência a como o fato de querer um filho biológico não serve de obstáculo ou uma objeção à adoção e vice versa, Isaura

referia como uma “*coisa que eu sempre quis*” – ter um filho biológico, ao mesmo tempo em que já adotara há mais de dez anos e estava em vias de se identificar como mãe também do filho de seu marido com uma outra mulher. A radicalidade do seu desejo de ter um filho biológico contrastava em minha percepção com o seu movimento de vinte anos onde isso não se converteu em uma busca constante:

– *Ainda hoje eu tenho vontade de ter um filho meu... Eu fico até pensando assim... mesmo que eu tivesse um filho e tivesse que escolher entre eu e ele eu preferia que escolhesse ele, que me deixasse morrer, mas que salvasse a criança. Mesmo assim eu ainda queria ter meu filho. Eu ainda tenho esse sonho hoje.*

Eu fico perplexo com aquele desejo trágico de Isaura e pergunto se mesmo que ela não chegasse a ver esse filho que viesse a ter se ela queria e ela diz:

– *Eu queria. É... Eu queria mesmo era poder cuidar dele, ter um filho do meu sangue mesmo.*

Pergunto:

– Tu achas que ser do teu sangue faz muita diferença?

E ela num tom sério diz:

– *Não, não tem diferença... Ele, Rafael [filho adotivo] é meu filho do mesmo jeito... não tem diferença.*

Diversidade na experiência da ausência de filhos

Levando em conta a lógica apontada, segundo a qual as pessoas recorreriam necessariamente às NTCs uma vez estivessem *disponíveis*, alguém poderia objetar que aqueles que estão aqui apresentados como dando uma atenção diferenciada a esse campo de possibilidades assim o fazem apenas por não terem dinheiro para pagar os procedimentos, nem mesmo os recursos para conseguir acessar os serviços apresentados como sendo gratuitos. Adentrar esse tipo de especulação me parece descabido – imaginar em nossa sociedade um momento em que esses obstáculos desapareceriam a todos. Admitindo que minhas interpretações se prestam para esse contexto e para o tipo de posicionamentos que venho sistematicamente ouvindo de diferentes pessoas, defendi nesse capítulo uma possibilidade diferente de experimentar a ausência de filhos. Nesta, não somente inexistem uma adesão automática aos serviços, mas também a adoção consta como prática mais comum e uma possibilidade real tanto para os que irão encontrar dificuldades para engravidar como para os que não irão.

Ao mesmo tempo, como algumas das situações apresentadas indicam, não se trata de categorias separadas necessariamente ou de uma oposição sistemática entre os diferentes preços que cada um está pagando nessa busca. É possível ver situações dos que negam ou simplesmente não procuram o serviço de saúde, mas é também possível encontrar aqueles que, já em contato com os serviços de saúde, ainda consideram outras opções para alcançar seu objetivo e ter um filho.

O que eu busquei também apontar foi que, mesmo no caso de algumas pessoas que estão buscando informações e desejando se submeter aos tratamentos de que ouviram falar, seja no posto de saúde da comunidade, seja nos serviços mais especializados, há uma forma particular de desenvolvimento de suas trajetórias que não me permite colocá-los lado

a lado daqueles sobre os quais refleti no capítulo anterior. A ênfase que dei, por exemplo, ao caso de Nilza não pretende generalizar sua experiência para o conjunto dos demais ou estigmatizá-la como alguém incapaz de dar conta do processo e reunir os recursos de diversas ordens necessários para avançar na investigação e possível acesso aos tratamentos disponíveis.

A compreensão é de que poderíamos falar em três categorias que parecem formar diferentes níveis de uma rede maior: os que vão pagar o preço nas clínicas privadas; os que vão ao menos conseguir saber que existe e experimentar os meios de que dispõem na rede pública – como vimos no capítulo anterior; e os que, ou não quiseram se submeter a todo esse processo, após conhecê-lo, ou ficaram à margem disso tudo – sem dominar os códigos, sem efetivamente chegar ao serviço etc. e sem acreditar suficientemente nas explicações da biomedicina.

Por essa razão, é possível considerar não só as pessoas que desistem ou não querem submeter-se à lógica da biomedicina, mas também certo perfil que domina só precariamente a lógica biomédica. Mesmo que não seja uma questão que se liga diretamente à outra, pode-se imaginar que uma busca a uma resposta com instrumentos tão frágeis (como os de Nilza) de argumentação, consolidação e defesa desse desejo pode levar a um percurso onde ela estaria muito mais distanciada dos potenciais serviços que os demais.

Se não me detive da mesma forma, ou não propus o mesmo tipo de interpretação para os casos de Rosa, Andrea, Gerlane e Isaura, por exemplo, é porque me pareceu que estas estão lidando com as possibilidades de recorrência aos serviços de saúde de forma muito mais intermitente e menos obstinada que Nilza. Essas outras mulheres podem ser entendidas como mais próximas na partilha de uma forma diferenciada de lidar com a ausência de filhos, onde o fato de apresentarem suas inquietações e buscas de forma mais difusa – no sentido de não transformá-las automaticamente em uma busca ao médico e submeterem-se prontamente aos tratamentos – me faz colocá-las num lugar diferente daquele ocupado por Nilza.

Para todas elas, outro ponto importante refere-se ao fato de que é possível ver como a busca – ou um discurso sobre a necessidade de a mesma existir – tem a ver com uma lógica de que se procura porque está disponível. Seja nas veiculações via TV ou nas sugestões dos médicos, há uma demanda que se cria no sentido de que se quer um direito a um bem. Nessas condições, querer identificar onde nasce o quê – a oferta ou o desejo – não faria sentido. Considero que estamos diante do que Strathern (1992a) chama a atenção de como na sociedade do consumo não existiria a possibilidade de dizer não. Tanto as mulheres que vão às clínicas privadas, como as que vão ao Hospital e as que dizem *ouvir falar* de certo tratamento estão orientadas pelo mesmo movimento de que *fiquei sabendo que existe e talvez sirva pra mim*.

Gostaria de enfatizar mais uma vez que os casos descritos aqui apontavam o tempo todo para o caráter híbrido da constituição de laços de parentesco. Ecoando a compreensão de David Schneider (1980) do parentesco como relação de substância e como código de conduta, o que essas pessoas diziam me impelia a buscar linhas de análise que fugissem a perspectivas excludentes. Fazia-se necessário perceber que não apenas a partilha de “substância biogenética” criaria “solidariedade difusa e duradoura”. Embora a representação nativa dessa substância operasse em termos de “laços de sangue”, isto não inviabilizava o projeto de um filho adotivo. Como nos lembra Martha Ramirez, referindo-se a casais que se submeteram a serviços de reprodução assistida ou irmão fazê-lo:

Ter um filho biológico e ter um filho adotivo não constitui, necessariamente, opções antagônicas para muitas pessoas. O antagonismo surge mais em função de um exercício analítico que visa relativizar o discurso sobre tecnologia reprodutiva. A adoção sempre foi, é, e continuará sendo uma possibilidade de maternar/paternar para pessoas com ou sem problemas de fertilidade. (RAMIRÉZ-GÁLVEZ, 2010, p. 9)

Desejo de filhos

Teria, então, construído todo o argumento do capítulo para ao final dizer que já não existe mais nenhuma diferença? Certamente que não. Chamo a atenção para que as diferenças percebidas não estão colocadas num vazio nem preexistiram ao meu olhar. Elas estão sendo construídas nesse mesmo momento em que as várias informações circulam entre pessoas diferenciadas sob os mais diferentes aspectos.

CAPÍTULO V

PRESSÕES QUE DEFINEM OPÇÕES BASEADAS NO GÊNERO

De quem é e como se constrói o projeto de ter filho é uma das questões centrais com que vimos trabalhando até aqui. Como essas conexões se expressam no âmbito das relações conjugais e familiares? Homens e mulheres expressam esse desejo da mesma forma? Que contextos viabilizam uma maior explicitação desse desejo? Quando é o homem e quando é a mulher? Quais são os argumentos quando é um e outro, ou ambos? Como as redes de parentesco e vizinhança participam da definição desse desejo e da busca ou não por sua realização?

Esse capítulo está estruturado com o objetivo de entender como a dimensão do gênero está presente na construção do desejo de filhos. Fazer essa reflexão implica em uma abordagem que extrapole o nível das relações conjugais. Para tanto, faz-se necessário perceber, entre outras questões, como os serviços de saúde estão estruturados tendo como foco principal os corpos das mulheres e determinadas questões consideradas *femininas*. A perspectiva assumida aqui é de que essa estrutura reforça as concepções de que as mulheres teriam mais problemas de saúde e que por essa razão procuram ou deveriam recorrer

mais ao sistema de saúde. Como consequência, apresentaria a maior procura das mulheres ao serviço como se fosse algo de sua *natureza* e não uma resposta a uma maior presença do serviço e a construção de uma expectativa de que elas devam tomar a iniciativa para a resolução de certos problemas no âmbito do casal. Esse foco nas mulheres obscurece como nos serviços de saúde especializados, mas também na atenção básica à saúde, as expectativas, cobranças e serviços disponíveis estão voltados para as mulheres.

Retomando a discussão anunciada no primeiro capítulo a partir da reflexão de Parry Scott (2001) sobre a estruturação do PSF e sua ação voltada para grupos ou segmentos, poderíamos nos perguntar: O que mudou de um foco materno-infantil para uma ação mais integral até agora? São as mulheres o alvo das políticas federais? O que significa o desenvolvimento de uma política voltada para a saúde do homem em termos nacionais? Assim como venho fazendo nos capítulos anteriores, algumas das questões iniciais serão apresentadas a partir do trabalho mais direto no espaço do hospital e com os casais que conheci nesse contexto. Com o avanço da discussão, inserirei novos sujeitos contactados nas comunidades com o fim de marcar as especificidades de suas inserções bem como aquilo que não se diferencia.

Gênero e biomedicina – O gênero da biomedicina

Para estabelecer essa discussão, faz-se necessário levar em conta debates desenvolvidos nas últimas décadas por pesquisadoras feministas acerca da relação entre gênero, reprodução e saúde. Particularmente nas discussões sobre a disseminação das NTCs muitas feministas têm apontado como, sob o argumento de ajudar as mulheres a superarem o sofrimento por não poderem concretizar o sonho de ter um filho, essas tecnologias reificam a maternidade como vocação natural das mulheres. Ao fazerem isso, levam aquelas mulheres que não podem

ter filhos seus a sentirem-se incompletas – como vimos, por exemplo, no capítulo anterior, Regina: “– *Eu já cheguei a dizer que eu não presto para nada*”. A noção de que o desejo de filhos é um destino natural das mulheres, à medida que alimenta a “compulsão por maternidade”, nas palavras de Rayna Rapp (2000), levaria à noção de que essas tecnologias estariam apenas amenizando o sofrimento de mulheres e casais.

Ao mesmo tempo em que a dimensão do gênero é central para essa discussão, não é possível desvinculá-la das questões mais gerais que vêm sendo tratadas até aqui acerca da estruturação dos serviços de saúde no Brasil. Essa perspectiva pretende ressaltar importantes contribuições de feministas que evidenciam que gênero não é o único eixo de diferenciação social, devendo-se levar em conta as diferenças entre as mulheres e entre os homens devido a classe, raça, religião ou etnicidade (MOORE, 1997).

Ainda nessa direção, outro conjunto de estudos, particularmente de pesquisadoras feministas (ROHDEN, 2001; MARTIN, 2006 TAMANINI, 2003, 2004), vem demonstrando como de forma mais geral a medicina tem se voltado para o corpo das mulheres de forma mais sistemática. Muito embora o processo de medicalização alcance homens e mulheres e uma ciência voltada ao corpo dos homens venha se desenvolvendo (AZIZE, 2004) mesmo antes do *boom* do Viagra (MALCHER, 2007), ao longo da pesquisa ressaltava-se como se dá uma maior naturalização das intervenções no corpo das mulheres.

Essa naturalização pode ser percebida na forma como as mulheres falam de certas intervenções no seu corpo e na forma como muitas delas se relacionam com o espaço do hospital e com os médicos e outros profissionais em comparação a como eu percebi esse movimento da parte dos homens ou mesmo como as mulheres narravam esse processo. Para essa discussão, trarei à cena o acompanhamento de uma consulta no Hospital nos primeiros meses da pesquisa.

Tive meu primeiro contato com Roberta, de quem falei no capítulo 3 – que percorrera por anos serviços privados e públicos de reprodução assistida – na sala de espera do ambulatório do Hospital. Naquele momento da pesquisa no hospital eu tinha particular interesse em acompanhar e conhecer mais de perto os procedimentos médicos e a forma como as mulheres lidavam com os mesmos. Foi com perplexidade que acompanhei uma dessas intervenções a convite do Professor Petrônio. Reproduzo minha narrativa desse episódio feita em meu diário de campo com o intuito de situar de forma mais detalhada como fui construindo essa percepção dos espaços e das questões: É a vez de Roberta e Petrônio me chama para entrar no ambulatório:

– Assim tu ficas conhecendo o procedimento.

Roberta está fechando a cortina no canto da sala para pôr a roupa azul escura que vai usar para fazer a ecografia. Ele me apresenta à equipe, falando “essa é ‘fulana’ a dona da sala”, ao que ela ri; “essa aqui é residente”, apontando para a jovem que está ao lado da enfermeira; “aqui do lado é o laboratório”, e eu vejo duas mulheres numa pequena sala separada por um vidro, em meio a dois microscópios manipulando o “material” recebido antes. No centro da sala onde estamos tem uma cama para exames ginecológicos daquela com dois suportes para as pernas mais altos, e a primeira mulher que ele me apresentou está trocando os lençóis.

Ao lado da porta de entrada tem um pequeno armário com várias gavetas e algumas pastas. Petrônio me chama em sua direção em frente ao armário, perguntando pela pasta de Roberta. “Tá aqui... vê só...” apontando para uma lista de informações dos exames – tamanho dos folículos, óvulos... Nisso chega um jovem estudante, que não estava no início, comentando: “deu seis óvulos!”, entusiasmado, ao que todos vibram: “beleza!”, diz a enfermeira, “maravilha”, diz Petrônio. E quando me viro Roberta já vem em direção à cama com a roupa do hospital e uma toca na cabeça e deita-se suspendendo as pernas, já

sem a parte inferior da roupa. Constrangido e sem querer constrangê-la, mudo de posição, voltando para o lado onde ficaria sua cabeça ao lado da porta. “É uma equipe de médicos, profissionais. Tem até médico otorrino”, brinca Petrônio, apontando o jovem que chegara com a *boa notícia* dos seis óvulos. Todos riem, inclusive Roberta, que não me parece constrangida. Tenho a sensação de familiaridade da parte dela com aquele espaço e rotinas, algo tão falado já pelas feministas que denunciam a “medicalização” do corpo feminino. Roberta, de fato, me parecia não só à vontade como dominando todos os códigos do lugar. Ela mesma pegava a sua roupa, dirigia-se à cama, depois colocou a roupa usada num cesto próximo.

– *Chega aqui, Pedro, [diz Petrônio apontando o monitor da ecografia], vou te mostrar o exame, [enquanto lubrifica o aparelho que será utilizado em Roberta].*

Petrônio treinando meu olhar:

– *Pode ser que tu não identifiques muito, a gente já está acostumado... mas olha aqui, isso aqui é o interior do útero que a gente olha para ver se está aumentando... [e eu vejo uma imagem cinzenta com poucas distinções de partes mais escuras e negras que, de fato, não me dizem muito] isso aqui são os folículos que a gente mede para ver se estão no tamanho ideal..., [fazendo cálculos em voz alta com o estudante que chegou depois].*

Nisso o exame já está terminando e ele diz para Roberta:

– *Vamos marcar para segunda e ela pergunta:*

– *É? Quem sabe você já implanta... eu pensava que ia ser para sexta...*

– *Não, vamos deixar para segunda. Precisa ser cedo... umas sete e meia... Tu consegues chegar nesse horário?, ao que ela responde:*

– *Eu tenho que pegar o ônibus... deixa eu ver, acho que eu consigo estar aqui umas quinze para as oito.*

– *Tá certo, a gente fica te aguardando... Quem está aplicando as injeções é teu marido?.*

– *É ele sim.*

– *E ele aceita sem receita?, diz rindo.*

Ela se aproxima dele e falam em voz mais baixa quando ele explica a receita e só entendo quando eles brincam sobre algo relacionado à possibilidade de sexo para o casal antes da coleta e Roberta brinca:

– *Porque ele já está lá no ovo de codorna.* Petrônio se dirige a mim explicando:

– *É porque tem essas coisas, depende da qualidade do espermatozoide...*

Roberta assente me olhando e balançando a cabeça afirmativamente e Petrônio continua:

– *Deixa eu ver... sexta, sábado, domingo... Tá, então a partir de sexta, nada.*

– *Abstinência,* diz Roberta tranquilamente levantando a blusa para que a enfermeira aplique uma injeção em sua barriga, próximo ao umbigo...

Quando falo em perplexidade refiro-me, sobretudo, a essa aparente naturalidade com que Roberta transitava no espaço, facilitando os procedimentos a serem realizados. É certo que isso tem a ver com seus muitos anos de tentativas. No entanto, me parecia mais que um conhecimento técnico; tinha a ver com uma compreensão de que eram inevitáveis aquelas intervenções. Tem a ver também com o que foi dito anteriormente sobre a forma como a medicina tem se debruçado sobre o corpo feminino e o esquadrihado (ROHDEN, 2001; MARTIN, 2006). Nesse momento da pesquisa eu me perguntava se seria possível que uma análise da forma como homens e mulheres tenham sido submetidos ao controle biomédico na reprodução assistida apenas reafirmasse a replicação dessa trajetória feminina nos corpos dos homens:

Ao entrar nesse campo, o homem expõe publicamente seu corpo, escolhe participar do tratamento, desloca a paternidade do cuidado dos filhos para a escolha consciente de fazer um filho em laboratório, e paga para isso. Esse fato traz a necessidade de ampliar estudos no

campo da paternidade para perceber o que significam essas escolhas. Ao mesmo tempo, a participação do homem poderá vir a ser eliminada, se ele somente fizer a doação de gametas, na medida em que há indicativos da possibilidade futura de fazer embriões somente com óvulos, sem espermatozóides (TAMANINI, 2004, p. 84).

Orientado por trabalhos como o de Marlene Tamanini (2003, 2004), pretendia que a minha pesquisa desse conta da dimensão da participação de homens e mulheres com vistas a oferecer novos olhares acerca do conhecimento sobre a forma invasiva como as NTCs se apresentam para os corpos e a saúde das mulheres e dos homens. Entendia que já estava evidenciada a participação desigual de homens e mulheres, como já me alertava Tamanini num tom que, naquele momento, me parecia exagerado:

[...] a maioria dos procedimentos continua se desenvolvendo nos corpos femininos, embora encontremos a medicalização masculina ou, em casos extremos, a microcirurgia para retirada de gametas do epidídimo. (...) Eventualmente, a etapa mais complicada para o homem será a de colher seu espermatozóide via ato masturbatório, enquanto que a mulher, além da ingestão acentuada e gradativa de medicamentos, faz também os exames ecográficos, a retirada de óvulos com analgesia e punção, a subsequente transferência, com espera pelo implante embrionário, acompanhada de exames laboratoriais intensivos nos primeiros 14 dias, a ultra-sonografia e o acompanhamento pré-natal, sempre cheio de dúvidas e inseguranças. Acrescente-se ainda a marcação de cesariana, para a maioria dos casais entrevistados, tão logo se constate o 'andamento normal' da gravidez, mesmo que não haja impedimentos *a priori* para que se faça parto normal, além do medo de perder a criança com todo o investimento que ela significa. É opinião unânime, tanto na literatura feminista consultada quanto na literatura médica, que no caso da injeção intracitoplasmática de espermatozóides (ICSI) as dificuldades masculinas são favorecidas (TAMANINI, 2004, p. 83-84).

Por muito tempo me vi envolvido no argumento de que ao pesquisar esse campo não pretendia fazer um cálculo para aferir quem estaria mais submetido à técnica. Reconhecendo que a maioria dos procedimentos impacta de forma mais direta as mulheres, a minha intenção era apontar como esse processo de medicalização alcança também os homens e como as desvantagens para as mulheres nesse contexto não se encerra na relação entre mulheres e homens. Esse argumento continuou válido, no entanto, cheguei ao final da pesquisa com a compreensão de que a colocação do problema nesses termos parecia equivocada ou essencialmente marcada por um debate no movimento feminista³⁰ sobre a “participação dos homens” em que eu estava envolvido e era marcado pela tensão³¹. Por continuarem sem respostas acabadas, apareciam ali na pesquisa dando a marca do meu percurso. Essa inquietação foi evidenciando um posicionamento: havia muito mais de partilhamento com a crítica feminista a esses processos do que reserva. Era uma divergência muito mais de *tom* do que de *posicionamento*. Espero ao final do capítulo ter evidenciado qual a diferença principal nesse discurso e os argumentos dos quais não partilho.

Diante dessas colocações e da minha percepção de situações como a de Roberta narrada anteriormente, foi se configurando uma noção de que nuançar a percepção do lugar dos homens nesse contexto não implicava em disputa. Parecia não haver vantagens a serem perseguidas por um e outro.

30 A referência ao “movimento feminista” como um todo não quer negligenciar a complexidade desse campo onde há diferentes perspectivas e orientações. Para uma análise do feminismo em sua pluralidade no Brasil ver, por exemplo, Bonetti (2007) e Adrião (2008).

31 Ver Nascimento (2007a) para uma reflexão mais detalhada sobre as implicações da relação entre a prática de pesquisa e o ativismo no campo feminista (como antropólogo e membro da ONG Instituto Papai em Recife/PE), bem como uma espécie de autocrítica dessa discussão.

Na fila de espera: Os que acharam ver a luz no fim do túnel

A percepção dos lugares de homens e mulheres em sua trajetória em busca de um filho foi se formando a partir de minha inserção em campo desde os primeiros contatos com o serviço de reprodução assistida no hospital. Chamava-me a atenção a cena da sala de espera, seja na consulta com a enfermeira, seja já no momento da fertilização no ambulatório, formada em geral de casais compostos sentados lado a lado. Em outros momentos era possível acompanhar mulheres sozinhas na fila.

Dos dezessete casais acompanhados via hospital, em cinco desses, estava apenas a mulher no momento do tratamento; nos doze restantes estava presente o casal. Quando perguntava a essas mulheres desacompanhadas sobre seus maridos, invariavelmente a justificativa referia-se ao trabalho dos esposos. Para esses casais, a presença do homem se restringia aos dias de realização de algum exame, especialmente espermogramas, e os exames de rotina solicitados pelo sistema de saúde e o dia da *coleta do material*, ou seja, a coleta do sêmen para a fertilização. Nos demais casos, os homens tendiam a acompanhar as mulheres independentemente dos procedimentos médicos a serem realizados.

A cena de entrega de potinhos com tampa vermelha na sala de fertilização cuja porta fica em frente às cadeiras onde as pessoas esperam no ambulatório sempre chamava a atenção e era em geral um momento de constrangimento. Os homens timidamente batem a porta, querendo esconder aquele pote esperando que a enfermeira os venha atender³².

32 Não cheguei a acompanhar cenas descontraídas como as descritas por Charis Thompson (2005) onde um homem é saudado com aplausos por duas mulheres quando retorna da sala pelo fato de ele ter conseguido *coletar o material*, diga-se, ejacular, tão rápido. Para essa discussão, ver também Luna (2004, 2007).

A chegada com a caixa dos medicamentos necessários para a realização dos procedimentos a que as mulheres vão se submeter é igualmente característica. Por serem medicamentos que precisam de refrigeração, são mantidos em caixas de isopor, em geral, transportadas pelos homens.

De quem é o problema? Uma primeira disputa

“Qual é o teu problema?” Essa é uma pergunta que ouvi repetidamente, principalmente quando os casais se encontravam nas salas de espera. Em uma de minhas primeiras idas ao hospital, inadvertidamente, disse para uma mulher sentada na sala de espera que a minha pesquisa era sobre infertilidade e ela retrucou enfaticamente:

– *Olha, o problema da gente não é infertilidade. Pelo contrário, tem fertilidade até demais, mas é que meu marido fez vasectomia.*

Outra mulher fez questão de deixar claro que seu marido não podia ter filhos *naturalmente* porque tinha feito quimioterapia. Esperando para ser atendida, Amanda, uma jovem de 30 anos, ao ouvir outra mulher dizer que o marido tinha baixa taxa de espermatozoides, segurou a mão do marido orgulhosamente e disse:

– *O meu problema é diferente.*

Marina, uma mulher de 46 anos logo se colocou como sendo a *responsável* pela dificuldade de terem um filho:

– *O médico disse que o exame dele estava ótimo, o problema é todo comigo.*

Como vimos no capítulo 3, a consecução de um diagnóstico claro sobre qual é a causa da dificuldade para ter filhos é uma das principais questões dos casais em sua trajetória pelos serviços de saúde. Na maioria dos casos, a descoberta desse diagnóstico leva muitos anos e muitas vezes não é claro. A identificação de “quem é o problema”, portanto, passa a ser uma questão central para os usuários do serviço

de reprodução assistida. Não apenas no sentido de apelar a angústia de não saber o que se tem de *errado* – coisa muito comum – mas também no sentido de identificar as *responsabilidades* de cada um.

Seguindo uma provocação da professora Claudia Fonseca, é possível perceber que no debate médico sobre infertilidade há uma tentativa de se minimizar a hierarquia de gênero via uma divisão ideológica dos fatores de infertilidade. Embora médicos divirjam acerca dos exatos percentuais, costuma-se afirmar que há a seguinte participação de mulheres e homens na definição de um quadro de infertilidade: 30% homem, 30% mulher, 30% ambos, 10% *causa não identificada*. Outros falam em 40% para cada um do casal e 20% de *causas desconhecidas*. Se levarmos em conta os resultados do levantamento de outra pesquisa – 65,5% causas femininas, 17,9% masculinas e 10,3% de ambos (MACEDO et al, 2007) – podemos nos questionar sobre a validade dessa equação. No entanto, essa continua sendo uma questão marcadamente presente na fala dos sujeitos.

Vejamos como esse cálculo se apresenta para os casos a que estou me referindo: com relação aos casais acompanhados no hospital, quatro são apresentados pelos médicos como casos de causas exclusivamente masculinas, onde se incluem baixo número de espermatozoides ou espermatozoides com pouca mobilidade. Cinco outros casais são diagnosticados como ambos tendo um *problema*. Nesses casos incluem-se desde aqueles em que o homem tem baixo número de espermatozoides e a mulher tem *causa desconhecida* ou ainda a mulher tem idade *avançada*.

Com relação à questão da identificação das causas, muitas feministas têm criticado a emergência da noção de *casal infértil* (TAMANINI, 2003; DINIZ; COSTA, 2006) como servindo para obscurecer casos em que o *fator masculino* é definitivo. Argumentam que, quando o problema é claramente feminino não há hesitação em afirmar-se que a causa da não gravidez é um *problema da mulher*. Quando o fator masculino emerge, dar-se-ia uma ampliação desse problema sendo visto agora

como *do casal*. Esse artifício é usado por casais, como afirmei, quando a contagem do número de espermatozoides é minimizada e não apenas pelos médicos. No entanto, em outros casos, não há subterfúgios a se apontar com quem está o problema, mesmo que seja presente a resistência de alguns homens a investigar as possíveis causas, como veremos na sequência.

Sete outros casos são diagnosticados como de *causas femininas*. Estão aí incluídos os casos de mulheres com obstrução tubária, endometriose e uma série de fatores que se incluiriam no perfil destacado por Rosana Barbosa (1999, 2003) para pensar aquelas situações em que mulheres, por não terem tido acesso a serviços médicos de qualidade ao longo de suas vidas, desenvolveram problemas ginecológicos que configuraram o quadro de infertilidade e poderiam ter sido evitados se diagnosticados com antecedência³³. E, finalmente, um dos casais, embora tenham sido identificados cistos no ovário da mulher não considera que tenham sido esclarecidos suficientemente e se dizem incluídos no conjunto das causas desconhecidas. Há diferentes casos em que o diagnóstico médico é questionado e muitas vezes ouvi pessoas dizerem que os médicos não sabem exatamente o que fazer e aquele procedimento seria uma espécie de loteria.

33 Em pesquisa no mesmo hospital onde foi realizada essa pesquisa, os médicos relataram três causas principais da infertilidade: “obstruções tubárias por causa de infecções que a mulher teve no passado, associadas a doenças sexualmente transmissíveis como a clamídia e gonorréia”; a esterilização feminina e a faixa etária das mulheres que se submetem ao tratamento. (ALLEBRANDT e MACEDO, 2007, p. 20)

Corpos masculinos (também) medicalizados

Analisei as questões colocadas por muitas pessoas com quem dialoguei não apenas a forma da atribuição da responsabilidade de homens e mulheres, mas também como ambos têm participado desse processo. Minha intenção é refletir sobre as possibilidades de nuançar a forma como os homens aparecem para além de sua *função ejaculatória* como aponta Charis Thompson (2005). Para este fim, é preciso considerar os contextos mais gerais onde essa busca por filho se dá, destacando-se aí o processo de medicalização da vida no qual os homens e não apenas as mulheres estão cada vez mais inseridos (ROSENFELD; FAIRCLOTH, 2006).

Retomando o relato do tratamento de Roberta, feito anteriormente, poderíamos nos questionar como, enquanto para algumas mulheres poder-se-ia referir um quadro de *naturalidade* frente a procedimentos altamente invasivos, muitos homens referiram suas dificuldades de realizarem o espermograma. Seria possível estabelecer uma escala de complexidade e do caráter invasivo dos procedimentos sempre, ou haveria possibilidades de relativizar e contextualizar as dificuldades narradas pelos homens? Ou ainda nos perguntaríamos: qual o sentido de colocar as perguntas nesse nível da relação dos casais? O que acabaria por perceber é que um posicionamento não inviabilizaria o outro – identificar agentes globais ou estruturais das especificidades dos dilemas vividos pelos casais não obscurecia a consideração do nível micro e cotidiano de como essas relações se construía e se atualizavam dialogando de forma mais ou menos intensa com essas questões mais gerais.

Acompanhando as trajetórias dos casais no hospital, fui observando e ouvindo da parte de muitos deles que para se chegar a algum diagnóstico, por regra, a primeira investigação acontecia junto às mulheres. A *porta de entrada* no hospital é o setor F, onde funciona o serviço de Ginecologia do hospital. Qualquer casal, mesmo que já conheça os caminhos dos procedimentos a serem realizados e tenha uma recomendação direta de

tratamento para engravidar, terá inevitavelmente que primeiro passar pelas consultas junto aos profissionais do serviço de ginecologia. São esses profissionais que, a partir de sua análise, irão encaminhar os casais para o *setor de infertilidade* do mesmo hospital ³⁴.

De todos os casais contatados nessa etapa da pesquisa, apenas um deles que havia realizado exames pré-nupciais, tinha conhecimento da ocorrência de baixa mobilidade dos espermatozoides. Essa investigação a partir de uma suspeita de um problema com a mulher se estende até o hospital onde a pesquisa foi realizada. As consultas são feitas em nome da mulher no serviço de ginecologia. Todas as vezes que estive presente nos corredores do Setor F, aguardando para ser apresentado aos casais, era sempre o nome da mulher que ouvia ser chamado. Ao se identificar, essa mulher era cumprimentada pela enfermeira e lhe apresentava seu companheiro.

Foi com estranhamento que Valdir, 37 anos, comentou que passou três meses acompanhando sua esposa em seus exames sem que a equipe médica lhe pedisse nenhum:

– Quando a gente chegou lá no hospital, também foi outra dificuldade porque tudo estava marcado lá no nome dela [a esposa] e eu dizia para os médicos ‘mas o problema é comigo, é a mim que vocês têm que pedir os exames’ e eles não diziam nada. Só diziam ‘primeiro a gente tem que examinar ela, vamos ver o que tem com ela’. Aí fizeram todos os exames nela e não descobriram nada. Três meses nessa. Aí depois de três meses, a gente perdendo tempo é que eles me chamam e veem tudo aquilo que a gente já sabia. Foi então que eles pediram os exames e viram que tinha que congelar os espermatozoides. E fez logo, teve que fazer uma cirurgia. Eu queria logo que o que tivesse que fazer fosse feito logo.

34 Como vimos no capítulo 3 esse processo corresponde à rotina estabelecida do hospital e corresponde a uma dinâmica própria, certamente necessária ao funcionamento da instituição. Não se coloca em questão aqui a necessidade das rotinas, mas destaca-se a percepção da mesma e suas implicações para o tema em discussão.

Após ouvir a narrativa dessa espera, eu continuei perguntando como tinha sido o procedimento médico com o objetivo de perceber como o casal tinha vivenciado essa experiência de investigação no corpo de Valdir. Eu não sabia que tinha que fazer uma cirurgia nesse caso e perguntei a Valdir como tinha sido; ele continuou explicando empolgado:

– *Teve que fazer cirurgia. Teve anestesia e tudo... Eu vi eles lá fazendo, tiraram um negócio amarelo parecido com gordura e levaram pra congelar.*

– *E foi grande essa cirurgia?*, pergunto.

– *Não, não foi*, diz Valdir. E sua esposa discorda dizendo que “foi grande”.

– *Quantos pontos tu levaste?*”, eu digo, e ele

– *Uns dez...*, ao que Marisa reafirma:

– *Olha aí, foi grande.*

Valdir continua:

– *Eu nunca tive medo de nada de médico, não. O que tiver que fazer eu faço. Tenho vontade de chegar lá num congresso de médico desses e dizer ‘olha meu caso aqui...’ ir lá no quadro e mostrar [fazendo gesto de desenhar num quadro imaginário] ‘aqui é um testículo, aqui é o outro, aqui é... [como se quisesse dizer pênis, me pareceu] o que falta é fazer essa ponte aqui’... para ver o que eles vão dizer.*

Ele ri muito de tudo isso que diz e eu acompanho também rindo. Valdir continua:

– *Eu queria ser uma cobaia para eles descobrirem como resolver esse meu caso. Eu vou num congresso um dia desses*, diz isso continuando a rir.

Esse casal vinha de uma trajetória de onze anos de busca por respostas. Por essa razão, dominava com muito mais desenvoltura os códigos da biomedicina, além do jeito desenvolvido de Valdir, particularmente, facilitar sua narrativa. Dentre todos os casais que conheci, esse foi o que de forma mais explícita questionou o escrutínio a

priori no corpo das mulheres, bem como reclamou uma maior investigação do chamado *fator masculino* na dificuldade do casal para ter filhos. Quando o ouvi falar *em tom de brincadeira* que “queria ser uma cobaia na mão dos médicos” me ocorria não apenas um desejo marcante de ter seu *problema* resolvido, mas uma confiança de que esses mesmos médicos encontrariam as respostas e a ciência era o caminho para isso – Ele querendo pagar o preço com o seu próprio corpo. Essa crença apoiada na investigação e acompanhamento do que os médicos vinham realizando no corpo de Valdir dava um tom de maior domínio do que vinha ocorrendo, bem como os caminhos que ainda viriam a percorrer. Na conversa com outros casais, o que se ressaltava eram a perplexidade diante das informações e o incômodo de se falar claramente sobre o que os médicos chamam de *fator masculino* na infertilidade.

Carina e Arthur tinham, respectivamente, 27 e 28 anos e moravam em uma cidade ao sul do estado tendo que se deslocar na ambulância da prefeitura para cada consulta e exames. Perguntaram-me se poderíamos conversar ali mesmo no corredor do hospital, pois achavam que seria muito distante para me deslocar até sua casa e também difícil de encontrar o seu bairro na periferia da cidade. Esse primeiro momento de embaraçamento para dizer que o *problema* era com marido ficou claro quando eu perguntei o que a médica que eles me falavam ter consultado no início da investigação, ainda em sua cidade, havia apontado como problema. Carina cora rindo e olhando para Arthur e faz sinal com o dedo indicador apontando para ele. Arthur também ri e não falam nada por segundos.

Eu achando que tinha perguntado algo indevido consulto se eles não querem falar sobre o assunto e Carina diz:

– Não. É que a médica disse que [o problema] era com ele. Ela me examinou toda, fez todos os exames e estava tudo certo. Ele é que tinha muito pouco... [rindo] e Arthur continua:

– É... os exames deram taxa muito baixa.

Desejo de filhos

– De espermatozoides?, pergunto.

E ele confirma:

– Isso. Eu fiz o exame e a médica disse que com aquela quantidade não dava.

Carina continua:

– É porque só depois desse tempo sem conseguir engravidar é que eles começam a fazer a investigação. Aí quando viram que não era comigo, começaram a investigar ele. Eles viram que tinham a taxa de prolactina muito alta. Estava 150 a dele e a normal é 17. Eles chegaram a pensar que ele podia ter um tumor no cérebro.

Arthur:

– Algum problema na glândula.

Carina olha e confirma balançando a cabeça:

– Aí eles pediram vários exames, mas viram depois que a taxa tinha melhorado.

Arthur:

– Quando eu fui ao primeiro médico, ele passou um monte de remédio e eles diziam que era para tomar e ver se aumentava a taxa.

Carina:

– Foi, tomou aquele Shoragon....

Então pergunto:

– Shoragon não é aquele que as mulheres tomam para ovulação?,

Carina:

– Sim, é, mandaram ele tomar também.

Arthur:

– E uma vitamina.

Carina:

– Shoragon 5000 e vitamina A, B e C.

Arthur:

– Aí eles viram que depois tinha aumentado.

Carina:

– *Estava em 850 mil. Na primeira eles fizeram e estava zerada, a médica até se assustou. Na segunda também deu zerada, mas depois aumentou.*

Arthur:

– *Isso tudo foi particular, era muito caro. Esse Shoragon eu tinha que tomar por seis meses, mas eu só tomei um mês. Cada caixa tinha três ampolas e custava 200 reais.*

Carina:

– *Ele tinha que fazer outro exame também, mas era particular, custava 400 reais esse exame, ele não fez. Eles [os médicos] queriam investigar porque eles queriam saber se era genético [a baixa produção de espermatozoides], mas ele não fez, não tinha como pagar mais 400 reais.*

O momento inicial de constrangimento contrasta com a abertura de Valdir e Marisa. Mas, uma vez vencido esse momento inicial de timidez, Carina e Arthur falam de como a investigação se deu com Carina e só depois com ele e as formas intermediárias de tentativa de resolução, vis medicamentos, que os médicos lhe sugeriram. A identificação na trajetória de Arthur de baixa produção de espermatozoides, somada a uma alta taxa de prolactina e ao uso de medicamentos, a princípio prescritos para as mulheres, me faziam entender as dificuldades, a princípio, de eles falarem comigo.

Em ambos os casos, a narrativa é marcada por um tempo longo onde um diagnóstico e um tratamento apropriados são buscados sem muito êxito. Se no caso de Arthur foi logo identificado seu *problema* e o casal refere que os exames foram feitos sem resistência, outros homens se recusam a princípio a fazer o espermograma. Além dessa resistência inicial já apontada em outros trabalhos como significando para homens e mulheres ameaça à virilidade (COSTA, 2001; THOMPSON, 2005), também é possível perceber nos casos seguintes, assim como nas

situações já descritas, que a forma como é feito esse diagnóstico e os possíveis encaminhamentos são longos e muitas vezes incertos e essas duas dimensões precisam ser levadas igualmente em conta.

Quando fui à casa de Luísa e Genival (26 e 30 anos, respectivamente) em um bairro da periferia de Porto Alegre e tentava entender no início da conversa qual era o tipo de *problema* que os havia feito procurar *tratamento*, Luísa falou diretamente:

– *Na verdade, eu não tenho problema nenhum, nos meus exames todos está tudo certo. Ele tem um problema que disseram que é o espermatozoide lento e também é baixa a quantidade, né, Genival?*, Luísa dá a deixa para o marido, que vinha quieto e tímido até agora, falar:

– *É, pelos exames, tem uma taxa baixa dos espermatozoides...*

Após narrarem a trajetória de investigação junto aos médicos, correspondendo à *fase da busca* descrita no capítulo 3, eles começam a apresentar elementos que mostram a investigação feita junto a Genival, como foi para Arthur e Valdir. No entanto, Luísa faz questão de destacar a resistência inicial de seu marido:

– *Eu fui ao médico e ele disse que estava tudo bem comigo e eu ficava mandando Genival ir ao médico e ele não queria, ia adiando, não sei se preguiça ou vergonha, o que era. Mas aí, depois de uns dois, anos ele foi lá na Clínica Salute que fica ali na [no bairro] Cavanhada e fez o exame e acusou que ele tinha esse negócio, do esperma baixo. Mas o médico disse que ele tinha que fazer um tratamento de dois meses, ele passou um remédio que ele ia tomar.*

Perguntada a finalidade do remédio, ela responde:

– *Era para aumentar o esperma. Ele disse que ele tomasse por dois meses que ia aumentar. Mas ele tomou e nada.*

Genival me responde que fizera o espermograma. Pergunto, mencionando a fala de sua esposa sobre suas resistências para ir ao médico e ele diz:

– Ah, era mais vergonha mesmo... Eu ficava tímido, mas agora não me importo mais não...

Luísa reconhece a mudança no marido e reforça:

– É. Agora ele perdeu a vergonha mesmo. Ele teve que fazer lá no hospital e fez sem problema. É..., dizem rindo o lacônico Genival e a sempre empolgada Luísa, que continua:

– O médico pediu o exame duas vezes e eu trazia o papel para ele ir fazer e ele não ia. Depois ele foi e fez esses dois e ainda fez mais três no Hospital. E ainda fez uma ecografia também. Uma eco no testículo porque eles queriam ver se tinha aumentado. Era assim, eles faziam um exame, passava o remédio, depois de um tempo, mandava fazer outro exame pra ver se tinha aumentado. [o número de espermatozoides].

Assim como aconteceu no caso de Arthur, outras pessoas relataram ser comum a prescrição de medicamentos, vitaminas que poderiam repor o nível desejado da produção de espermatozoides, sem que saibam muito bem para que serviriam. Com essa informação, continuei perguntando a Luísa e Genival como isso se deu para eles e se eles lembravam qual remédio tinha sido prescrito e Luísa diz que não, bem como seu marido, que se levanta para pegar a caixa de remédio a pedido da esposa que fala ao abrir a caixa:

– Deixa eu ver aqui... É esse. ‘Indux’.

– Posso ver?, pergunto.

– Claro, diz Luísa, e eu sigo lendo em voz alta o que tem escrito na embalagem do medicamento:

– Indux 50mg... citrato de clomifeno... Esse passaram lá no Hospital?

Luísa:

– Foi, é para aumentar. Mas eles fizeram o exame e estava na mesma.

Genival:

– Lá na outra Clínica eles me passaram uma vitamina também ‘Vita E’ que o médico disse que era para isso também para ajudar a aumentar o

número do esperma [sempre usando esperma e espermatozoide como sinônimos].

Eu:

– Posso abrir esse aqui?

– Claro, diz Luísa novamente. Continuo:

– Vamos ver o que diz na bula... indicações... onde tá...? Ah, aqui ‘Para infertilidade feminina.’ Feminina?

– Pois é, foi esse aí que tomei, disseram que servia também para o homem, diz Genival.

– É, aqui diz ‘infertilidade feminina... com anovulação’. Anovulação deve ser quando a mulher não ovula, é isso?, sigo e Luísa se solidariza com minha desinformação dizendo:

– Deve ser..., sem muita convicção.

Genival, assim como Arthur e outros homens com quem conversei, geralmente tratavam com constrangimento essas questões. A única variação nessa posição foi a de Valdir, parecendo sempre empolgado e rindo dos percalços enfrentados. A noção de vergonha e timidez é uma das mais recorrentes e o uso de medicamentos é descrito como algo não corriqueiro, muito distante do que aparecia na fala e na rotina das mulheres.

Ao mesmo tempo, dentre os vários elementos que aparecem nessas falas, podemos ressaltar que essa mesma reticência dos homens a fazerem os exames e identificarem-se e serem identificados como *inférteis* é marcada pelas mesmas dificuldades de acesso a um serviço que possa dar conta dessas dificuldades e buscas. Fica difícil marcar com muito rigor onde um desses elementos se sobrepõe ao outro, mesmo nos casos onde a recusa a procurar o serviço de saúde é justificada por vergonha. Não apenas o acesso ao serviço apresenta constrangimentos para homens e mulheres, mas, uma vez no processo de investigação e tratamento, é possível perceber uma estrutura de serviços médicos voltada ao corpo das mulheres e suas *necessidades*.

Afastando-se do hospital, mantendo a disputa

De quem é o desejo?

As questões que pude perceber no contato com os casais a partir do hospital estavam muito mais diretamente relacionadas a uma busca por entender causas, percentuais e responsabilidades de cada um. Muito embora essas questões reapareçam no contato com as pessoas que conheci nas comunidades, novos elementos puderam ser percebidos, além de os discursos poderem ser nuançados pela forma do contato que mantive com esse segundo grupo de pessoas. Ao menos, é possível afirmar que, no contato mais próximo com o serviço de saúde, a busca central objetiva resolver um problema mais imediato – reverter um problema para viabilizar um tratamento já em curso ou em vias de ser iniciado. Por sua vez, nos demais aparecia uma negociação onde elementos mais gerais estavam sendo negociados e a identificação de uma responsabilidade não iria redundar necessariamente na remediação de um problema, mas no restabelecimento de um equilíbrio possível numa relação ou na definição de estratégias a serem seguidas ou não.

Nas comunidades, pude ter acesso a uma narrativa prévia ao estabelecimento da busca por uma explicação ou um tratamento e, nesse sentido, parece emergir um debate mais aberto sobre as diferentes inserções de homens e mulheres nesse processo, bem como os diferentes níveis de pressão ou construção da demanda por filhos. No entanto, o nível da disputa pelo esclarecimento das responsabilidades se mantém.

Nessa fase da pesquisa, acompanhei casos de mulheres como Dóris que, quando perguntei se teria comentado com seu marido sobre a possibilidade de ele também ir ao médico, me disse “– Não, *capaz!*” parecendo temerosa dessa proposta. Segundo ela, logo que casaram, ela queria muito ter filhos, mas seu marido não quis, pois já teria uma filha de uma relação anterior. Onze anos depois, ele teria passado a

querer outro filho, segundo ela, pelo fato de seus irmãos terem muitos filhos e ele apenas uma filha. No entanto, ela, que é hipertensa e tem 45 anos, teria sido desaconselhada de engravidar pelo médico do posto de saúde. Na primeira conversa em sua casa, na presença de uma das agentes de saúde, ela nos disse que quando falou a seu marido sobre essa recomendação médica, ele teria dito que “os médicos não sabem de nada”.

Em outras situações, as mulheres referiram que seus maridos teriam manifestado temor. Fabrícia, apresentada no capítulo 4, disse que seu marido temia ser abandonado por ela, caso se descobrisse que ele não podia ter filhos. Na casa de Bruna [no Alto da Torre], em meio a suas muitas referências de locais onde teria ido procurar ajuda, eu comentei que me parecia que ela de fato havia andado muito em busca de explicação médica e tratamento e ela me disse:

– *Andei muito, chorei muito... Eu não queria nem que meu marido chegasse perto porque achava que o problema era com ele. Às vezes eu até acho que magoava ele. Eu pensei em me separar dele por causa disso.*

Quando perguntei o que ele dizia em relação a isso ela falou que seu marido teria dito:

– *O que tu queres que eu faça? O que eu posso fazer eu estou fazendo.*

Comento que foram vinte e um anos que eles passaram nessa busca e ela fala:

– *Vinte e um anos! Tanto é que hoje ele diz [para a filha] ‘tu és uma peça exclusiva que o pai custou a fazer’.*

Se como vimos, a impossibilidade de ter um filho pode ser associada por mulheres e homens à virilidade destes, ter uma filha passa a ser para o marido de Bruna o resultado de um trabalho lapidar de anos.

Não é possível estabelecer um padrão da forma como as relações entre os homens e as mulheres se dão nesses casos. No entanto, a fala de muitas mulheres indicava que havia uma presença dos homens na condução desse processo e nas decisões a serem tomadas. Podia

perceber também, solidariedade com o sofrimento físico e psíquico a que as mulheres estavam mais diretamente vinculadas no processo de investigação. Lídia, a mulher que foi apresentada no capítulo anterior como não tendo iniciado um tratamento em virtude do sofrimento que percebia inerente a este, falou-me de como se dava essa relação com seu marido, particularmente no momento da desistência da busca pelos serviços médicos. Na fala de Lídia, ele aparecia como alguém presente com quem ela sempre conversava e concordava com a desistência do tratamento. Ele lhe teria dito:

– *Você já sofreu muito.*

É certo que uma continuação da relação com os casais contatados via hospital poderia evidenciar os mesmos elementos de solidariedade ou pressão. No entanto, ao contrário daqueles, nos casos acompanhados nas comunidades, a premência do tratamento não se dava da mesma forma para todos. Conversando com Irene sobre a possibilidade de seu companheiro conversar comigo também, no momento que eu falei que me interessava perceber se existiria diferença entre homens e mulheres em relação à percepção desse assunto, ela falou:

– *Eu acho que eu sou a neurótica... Eu até comentei com ele, mas ele disse 'ah, mas a gente nem está tentando...' Então por ele estar tranquilo [silêncio] quem sabe se chegar um momento em que os dois estão querendo, quem sabe, acontece.*

Perguntei se ela achava que isso interferia e ela disse:

– *Eu acho, eu acho que tem muito do psicológico... Acho que está aqui, ó, fazendo um gesto com o dedo batendo em sua cabeça.*

Ela tende a concordar com o marido que talvez fosse melhor não pensar em ter filho agora. As razões para essa tendência a concordar seriam de ordem mais prática:

– *Porque agora eu estou desempregada. Aí se eu engravidasse eu ia ficar mais um ano aí sem poder trabalhar e também dependendo do*

SUS. *Aí depois se der uma complicação... Então seria mais interessante eu arrumar um emprego, pegar um convênio. Sei lá, tem tanta coisa.*

Mesmo que sejam situações muito diferentes, essa colocação de Irene se aproxima da fala de Gilma de que haveria uma forma de compreensão dos homens diferente das mulheres. Às vezes, isto é colocado em termos mais pragmáticos – no caso de Irene, seu marido é mais jovem e não estaria apressado em ter filhos agora. Da mesma forma que com Irene, eu perguntei a Gilma se ela achava que Elias concordaria em conversar comigo. Ela disse que sim e eu comentei que queria ouvir o que ele tinha a dizer sobre o assunto. Para ela, a percepção dessa diferença se colocaria mais em termos, digamos, ontológicos.

– Ele é muito diferente de mim, ela diz, – Acho que ele pensa melhor que eu.

Pergunto em que sentido ele pensa melhor e ela:

– Sei lá, ele pensa as coisas mais para frente, pensa no futuro... Eu penso só para agora, para hoje.

Eu contemporizo dizendo quem sabe se não é bom também pensar para hoje e ela diz “pode ser...”. Rosa também falou que seu marido parecia menos ansioso que ela com a possibilidade de terem mais um filho. Quando me falou das possíveis diferenças, ela referia ao fato de ele passar o dia todo fora de casa e assim ter “com o que ocupar a cabeça”. Ela, por ficar mais em casa, pensaria mais no assunto.

Comigo está tudo bom: acusação e negociação

Para além de tentar efetuar qualquer averiguação que levasse a uma possível equação do dilema – de quem é o problema – busco perceber como esse elemento se constrói e é também constitutivo das relações nas quais surge. Um dos casos que mais me chamou a atenção foi o de Andrea e Ronaldo, o mesmo casal referido no capítulo anterior, pela forma como foi ficando clara a disputa que se estabelecia entre os dois e as razões para a necessidade desse esclarecimento.

Desde o primeiro momento em que fui à sua casa, Andrea referia a sua busca pelo médico e a realização de exames como um mecanismo para “tirar a prova” de quem era o problema. Parecia num primeiro momento que o que estava em jogo era muito mais o estabelecimento justo das responsabilidades do que mesmo a reparação do *problema* que para mim, no início, era a questão central – ter um filho. Quando conversei com Andrea pela primeira vez, ela disse que estava indo ao médico e por várias vezes repetiu “Eu vou até o fim”. Eu, que recentemente encerrara a primeira fase da pesquisa no hospital, tendia a ler aquela sua afirmação como um equivalente a “Eu vou fazer todo o tratamento que tiver que ser feito”. Na segunda vez em que fui a sua casa novos significados desse “ir até o fim” foram aparecendo.

Ela parecia interessada em que eu visse os resultados dos exames que ela havia recebido. Mesmo eu advertindo que provavelmente não entenderia muito sobre os exames ela me entregou já dizendo:

– *O meu deu tudo bom! Tudo bom! Eu levei para o doutor ver e ele disse que está tudo bom com os meus exames, só o do Ronaldo [marido] que ele falou que ele tinha que ir lá para conversar com ele.*

Eu fiz questão de marcar no texto de meu diário de campo o número de vezes que essa afirmação foi repetida por Andrea quando conversávamos sobre o que o médico havia comentado a respeito do resultado dos exames:

Desejo de filhos

– Ele só disse que tem tantos por cento que funciona e tantos por cento que não funciona, mas não explicou direito... Eu não sei... tem que voltar lá. Ele disse que Ronaldo tem que ir lá... Porque eu já me mexi, **o médico disse que tava tudo bem**, ele que tem que ver se tem algum problema com ele... depois o povo fica me apontando aí dizendo que é comigo.

– Quem fica apontando, Andrea?, pergunto.

E ela:

– Ah, os parentes dele.

Eu:

– Eles acham que o problema é contigo?.

– É, eles comentam, dizem que os irmãos dele todos têm filhos, só ele que não tem. Mas **da outra vez que eu fui ao médico ele já tinha dito que estava tudo bem...** Ele [Ronaldo] fez os exames, o médico mandou ele tomar uns comprimidos, mas ele tomou e não voltou lá para ver se tinha melhorado... É, eu também tenho esse problema da menstruação que ela vem e depois para. Os médicos acham que pode ser isso também, mas minha irmã tem a mesma coisa e ela tem duas crianças hoje. [...] O médico mesmo que fez a minha ecografia perguntou por que era que o médico tinha me pedido para fazer uma ecografia e eu disse que era porque queria engravidar e ele disse: **‘pelo que eu estou vendo aqui você não tem nada. Está tudo certo com você’.**

– Quem disse isso foi o médico que fez a eco...?, eu questiono, ao que ela confirma:

– Foi, ele disse, mas os outros exames foi aí no posto que eu mostrei e **o doutor também disse que estava tudo certo.**

Embora não pretenda minimizar o desejo de Andrea de ter um filho, é importante como foi mudando ao longo de sua fala a minha compreensão do que ela estava enfatizando quando afirmava recorrentemente que iria “até o fim” e a insistente repetição de que “estava tudo bom”. Descreverei ainda um pouco do ambiente onde se deu a terceira conversa com vistas a ajudar a entender algumas questões que quero enfatizar.

Quando cheguei à sua casa naquela manhã, Andrea me recebeu e me indicou uma cadeira para sentar, dizendo que seu marido já estava vindo. Ela havia posto um banco bem mais próximo a mim para que Ronaldo sentasse e sentou-se em outro um pouco atrás, de frente para mim, mas às costas de Ronaldo. Depois que tínhamos começado a entrevista, Elenice (a agente de saúde que havia me levado até lá), retornou e sentou-se junto a Andrea, participando em alguns momentos. Algumas vezes Ronaldo se virava para se dirigir diretamente a Andrea ou fazer alguma pergunta. Andrea ficou o tempo todo ali e, muitas vezes, respondia antes de Ronaldo, mesmo coisas referentes à família dele, como número de irmãos. Ela parecia ter as informações ou as tinha mais rápido. Além dessa *colaboração*, ela se colocou o tempo todo da conversa – cerca de uma hora e vinte minutos – em tom de provocação ou brincadeira com Ronaldo, repetindo à exaustão “Eu fui ao médico e ele disse ‘eu não tenho nada para fazer com você, Andrea, seus exames estão tudo bom, você tem que mandar ele fazer o tratamento.’” Andrea ria muito e algumas vezes eu comentava diretamente “Andrea está se divertindo ali atrás...”. Algumas vezes, eu aproveitava seus comentários para perguntar a Ronaldo se ele concordava com ela. O tom era amistoso em geral, mas tinha um subtexto tenso o tempo todo: Andrea querendo deixar claro para mim, mas muito mais para Ronaldo, que ela não tinha problema algum e que ele deveria *fazer sua parte*. Por sua vez, Ronaldo parecia pressionado por isso e eu tentava mediar de algum modo, mas ele também não assumia completamente sua *parte* dizendo várias vezes que ela também tinha que “caminhar, tem que ‘esmagrecer’”, como tinha lhe recomendado o médico no Hospital 2 que a encaminhou para um nutricionista. Andrea diz que foi ela quem primeiro foi ao médico:

– Ele achava que era comigo porque também tinha o problema de minha menstruação estancar por dois, três meses e depois voltar...

– Era desregulada, diz Ronaldo. – Ainda é hoje, vão dizer depois...

Depois dessa primeira ida de Andrea ao médico, este teria pedido um exame a Ronaldo. Ele diz um *hemograma* que depois percebo que ele se referia ao espermograma pela descrição do exame. “Para ver como estavam os bichinhos”, Andrea vai dizer rindo depois, quase sarcástica:

– *Para ver se eles estavam mortos ou vivos.*

Quando Ronaldo fala de um exame que fez em 1996, Andrea também provoca ao final dizendo que tinha sido a mãe dele quem o tinha levado ao médico para fazer o exame:

– *Ela queria o neto dela.*

Eu brinco dizendo a Ronaldo:

– *Parece que agora é contigo, Ronaldo.* Ele diz que sabe e que vai fazer o exame. Andrea em uma das vezes que falou que o médico dissera que com ela não tinha nada o que fazer, disse mais:

– *O médico disse que com ele está tudo ruim.*

Eu pergunto se Ronaldo ouviu algo sobre inseminação, bebê de proveta, essas coisas e ele diz que sim e eu pergunto o que ele ouvira falar. Ele me olha por um instante rindo e lentamente vai pronunciando o começo da palavra inseminação e continua a falar:

– *Só sei que eles [os médicos] tiram do homem e põem nela... No meu caso se eu fosse fazer, eles iam tirar o meu e botar dentro dela.*

Ronaldo fala sem se referir aos nomes do que seria tirado dele e posto nela. Pergunto o que ele acha dessa possibilidade e ele diz que não faria e a razão é que “Eu quero eu mesmo fazer”. Quando ele fala isso, Andrea se anima como alguém que já ouviu muito essa explicação e brinca várias vezes no mesmo tom das outras vezes que “Ele mesmo quer fazer o dele... ele que é o artista”. Ela ri muito acompanhada da agente de saúde que estava presente. Não entendo bem da primeira vez e pergunto de novo porque ele diz que não faria e ele diz:

– *Eu quero eu mesmo fazer o meu...*

Vai me parecendo no meio daquela sua repetição e do riso estridente de Andrea repetindo “*Ele é o artista*” que aquela era uma tentativa de Ronaldo de querer poder mostrar algo, mostrar-se capaz de fazer *ele mesmo* seu filho. Pergunto se ele acha que pela inseminação não seria *dele mesmo*, ele diz que sim, mas repete que *ele mesmo* quer fazer. Andrea continua rindo, ruborizada já:

– *Ele tem medo que cheguem lá e troquem o dele, e depois o filho não seja dele....*

O que tu achas disso, Ronaldo?, eu pergunto e ele nega o que a esposa falou... Andrea ainda continuou depois de falar que ele temeria a troca “*Ou então que nasça um mutante*”, rindo muito. Eu pergunto de novo a Ronaldo a brincadeira dela sobre o mutante e ele ri também dizendo:

– *Isso é coisa dela, ela toda noite vê essa novela dos mutantes [Caminhos do coração – os mutantes, na TV Record], mas eu acho que não tem nada a ver.*

O que mais me chamava a atenção nessa forma de relação de Andrea e Ronaldo era como ela parecia se posicionar de modo mais incisivo, mesmo que por meio da ironia e do humor, no sentido de marcar uma participação de Ronaldo na dificuldade para ter um filho. Ao final da conversa quando sai com a agente de saúde ela me falava que entendia essa insistência de Andrea como sendo resultado da forma como ela havia sido pressionada e acusada por sua sogra (falecida alguns anos antes) de não poder dar um bebê a seu filho [Ronaldo].

Assim como na casa de Andrea, foi só na terceira visita que consegui falar com Plínio, o marido de Rosa. Pelo fato de já ter conversado com as mulheres antes, eu dizia que, possivelmente repetiria questões que já havia feito a elas, mas era importante saber da opinião deles. Em ambos os casos, embora os homens tenham falado separadamente, a marca desse encontro era uma conversa a três onde algumas informações eram negociadas entre eles, responsabilidades eram partilhadas, expectativas diferentes

eram explicitadas e, principalmente no caso de Andrea, acusações eram feitas, muitas vezes na tentativa de revidar outras acusações.

Nessa disputa aparecia também uma referência importante, tanto por parte das mulheres como dos homens, de estes terem tido outras esposas anteriormente que teriam engravidado. Essa seria uma possível forma de provar que com eles não haveria problema, muitas vezes corroborado por suas atuais esposas. É um esforço conjunto de defender a virilidade de seus maridos, como percebi, por exemplo, na conversa com Plínio e Rosa.

Plínio diz:

– É, eu já tinha sido casado... Não foi mesmo casamento, foi uma namorada... Mas aí eu não tive filho. Ela até ficou grávida, mas perdeu. Mas eu já não estava mais com ela quando eu fiquei sabendo. Ela não me disse que estava grávida, aí depois que a gente tinha se separado e eu já tinha conhecido ela [Rosa], foi que ela disse que tinha perdido a criança... Ela disse que não falou na época para não me preocupar.

Assim como no caso de Andrea e seu marido cuja mãe esperava ter um neto, Plínio também ressaltava como o projeto de ter um filho tinha a presença de sua mãe e como a dificuldade para ter esse filho teria a ver com Rosa e não com ele. Como quase todas as pessoas com quem conversei, a ideia para Plínio era de que esse desejo de ter um filho era algo antigo:

– Sim, sempre quis... Até eu dizia para minha mãe ‘eu quero dar um neto para a senhora’ e ela dizia ‘tu vás ser o último, Plínio’ . Pergunto por que ela falava isso e ele ainda rindo diz:

– É porque eu não tinha nada sério com ninguém, só vivia com uma e com outra. Eu não queria ter filho naquela época, ainda nem tinha passado o quartel, tinha uns 15, 16 anos. Quando eu era solteiro eu pensava em ter um, dois, três filhos no máximo. Aí foi quando eu conheci ela. [diz apontando para Rosa]. Chega uma hora que a gente quer conhecer

alguém, fazer uma família... Mas quando eu conheci Rosa ela me disse que não podia ter filho, aí eu disse: 'Bah, tô azarado'.

– Tu disseste?, pergunto, [Rosa lá, olhando para ele sem esboçar qualquer contrariedade com seus comentários] e ele completa:

– *Porque é difícil ter uma pessoa que não pode ter filho... Eu disse, 'dei pé frio' . Quando pergunto se ele chegou a pensar se permaneceria ou não no casamento em virtude disso, Plínio conclui:*

– *Não, nunca me passou pela cabeça... Eu disse para ela 'se tu não podes ter, então vai fazer um tratamento'... Porque eu sabia que eu podia, eu já tinha tido da minha outra relação... Aí eu disse a ela para fazer um tratamento.*

Percebo essas situações apontando para um tipo específico de relação que percebi por diversas vezes. Em algumas situações – como referi para Dóris, e como veremos a seguir para Isaura – há uma aparente posição de resignação a uma situação de controle do homem da busca por filhos ou de gerenciamento da ausência destes. Em outras, como no caso de Andrea, a negociação dessa situação se coloca em termos menos hierárquicos do que poderíamos pensar. A acusação, arma central dessa negociação, às vezes sarcástica ou irônica revela um arranjo diário onde, embora inegável o desejo de filhos, esse aparece de forma não óbvia ou inevitável. No caso de Andrea e Ronaldo, embora tenha sido verbalizado várias vezes esse desejo, a questão que se ressaltava era de como a possibilidade ou impossibilidade de ser pai e mãe deveria ser posta às claras para que Andrea não se sentisse injustiçada. Por outro lado, Ronaldo sob a pressão de sua mãe já falecida e seus irmãos com muitos filhos, queria ter um filho, mesmo que insistisse por várias vezes que seus sobrinhos, “os lá de cima e os lá de baixo”, eram como filhos para ele. No entanto, para a quase totalidade deles, o pressuposto inicial era de que, se havia algo errado, é possível que fosse com a mulher, razão pela qual Plínio disse para Rosa “fazer um tratamento”.

Um dilema que vai além do casal: Pesando adoção contra um filho de sangue

Na diversidade de sujeitos envolvidos na decisão de querer um filho, a enunciação da adoção enquanto possibilidade ou não é um importante elemento. Não é possível afirmar a partir das trajetórias que acompanhei se a possibilidade de adoção se coloca mais para os homens ou para as mulheres. Enquanto para alguns deles era a mulher quem não queria adotar – como nos casos de Bruna e Rosa – para outros, como o Ronaldo marido de Andrea, o desejo de ter seu filho *seu mesmo* era o que o fazia não considerar a possibilidade de adoção. Para alguns desses casais, como referi, essas informações me foram repassadas a partir da conversa com a mulher, uma vez que o homem não estava presente. De todo modo, vale destacar que a decisão pela busca de filho, adotivo ou não, estava muitas vezes diretamente ligada à percepção de uma cobrança, seja da família ou de amigos e da comunidade de uma forma mais geral. Vejamos como essa pressão aparece nos casos seguintes.

Dar um neto para meu pai

Com relação a essa questão, os exemplos trazidos não estão separados em função da etapa da pesquisa. Pude encontrar argumentos bastante próximos tanto da parte de pessoas que conheci no Hospital, quanto daqueles contatados nas comunidades. Andrea [moradora do Alto da Torre] e Kécia [que mora no centro de Porto Alegre e conheci no Hospital] falaram *eu até adotaria*, mas seus maridos colocavam a possibilidade de ter um filho biológico como algo a realizar um desejo que não seria só deles, mas principalmente de seus pais.

Perguntando diretamente a Ronaldo sobre a questão, ele me disse:
– *Ela já pensou, mas eu não quero não.*

A razão para não querer seria a mesma pela qual não quer inseminação – “eu quero eu mesmo ter meu filho”. Ronaldo nem mesmo entrou na questão que outros colocaram sobre os potenciais riscos e dificuldades de adotar. Falou que “se é para adotar, prefere que fiquem só os dois em casa, os dois velhinhos”, brinca olhando para Andrea. Fala também que ele já tem vários filhos, seriam seus dez sobrinhos a que sempre se referem como sendo “cinco que moram lá em baixo e os cinco aqui de cima”.

Ronaldo diz:

– *Quando entram aqui a primeira coisa que eles querem é pão*, numa referência ao que seria um elemento que os faria seus filhos – ele lhes dá pão³⁵.

Esta discussão me remeteu a contextos de pesquisas anteriores, que realizei em Pernambuco, com homens desempregados que eram “sustentados” pelas mulheres (NASCIMENTO, 1999; 2011). Naqueles casos, o desafio de se apresentar como um “homem de verdade” passava pelo controle do universo doméstico e da sexualidade (ver SCOTT, 1990). Aqui, ao acompanhar as disputas e negociações dos casais acerca de quem seria o problema de não poder ter filhos percebia tentativas de minimizar as fragilidades da condição de não ter filhos.

Estudos sobre a forma como os homens foram percebidos nas ciências sociais (cf LEAL; BOFF, 1996) problematizaram a polaridade homens/mulheres – sexualidade/reprodução que acabaria reificando essa oposição. Paula Sandrine Machado em trabalho etnográfico com homens de grupos populares em Porto Alegre aponta para essa relação onde ter filho é prova de fertilidade, mas no plano relacional é “fundamentalmente mostrar o quanto se pode sustentar uma família”.

35 Para uma revisão desse debate, destacando a relação pai-provedor, ao mesmo tempo em que propõe possibilidades de compreensão da noção de provedor e ausência paterna relacionada aos pobres, ver Longhi (2001).

A autora nos diz:

A preocupação com a fertilidade é algo que atravessa fortemente o discurso dos entrevistados como uma dúvida que só é solucionada a partir do momento em que se faz um filho. Dessa forma, faz parte do “*scripting*” do “ser homem” provar que puderam procriar, na medida em que a paternidade põe fim, ao menos momentaneamente, ao risco de ver a masculinidade questionada. (MACHADO, 2003, p. 74).

A fala de Ronaldo de que seus sobrinhos são seus filhos também pelo fato de ele lhes “dar pão” nos remete a um importante conjunto de estudos que, ao se dedicarem à pesquisa de família e gênero em grupos populares, mostraram como o valor da paternidade estaria relacionado a noções de *assumir, ter obrigação e manter o respeito* (FONSECA, 2000; SARTI, 1996; SCOTT, 1990, ZALUAR, 1994, ente outros). Neste sentido, a análise sobre ser pai e o desejo de “ter filhos” não deverá desconsiderar sua relação com importância de “criar filhos”, “sustentar” uma família. Ao mesmo tempo, a oposição “homens querem casa/mulheres querem filhos” deve ser entendida como um estímulo à reflexão sem aprisionar nossa análise e nos furtar ao reconhecimento do desejo de filhos por parte dos homens que muitas vezes desejam transmitir “como ser homem” para os filhos do sexo masculino (ver LONGHI, 2001).

Para todas essas dimensões da negociação, continua sendo válida a observação de Claudia Fonseca quando nos diz fazer pouco sentido a discussão sobre relações de gênero em grupos populares “sem sua contextualização em termos da rede extensa de parentes”. (FONSECA, 2000, p. 88).

Seria em virtude de seus sobrinhos, considerados como filhos, que ele diz não ter sentido pressão por não terem tido filhos. Ao mesmo tempo em que começava a falar sobre seu pai, Ronaldo diz que apenas o seu irmão mais novo não tem filho *dele mesmo* e que sabe que seu pai gostaria muito de ter um neto:

– Ele já perguntou muitas vezes se a gente ia ter filho ou não. Uma vez ele perguntou ‘o que tem de errado? É com você ou com ela?’.

Andrea, ternamente, diferentemente da ironia das acusações iniciais, diz:

– Ele perguntou pelo herdeiro.

– É, ainda essa semana ele perguntou pelo herdeiro, Ronaldo reforça, dizendo que não sente isso como uma cobrança:

– Ele pergunta mesmo porque quer ter um neto. Antes de ele bater as botas eu quero dar um neto para ele... É uma pena que a mãe tenha morrido sem ter o neto dela.

Quando estive na casa de Kécia e Lauro, ela me respondeu a respeito da possibilidade de adotar nos mesmos termos de Ronaldo e Andrea:

– Eu pensei em adoção. Eu queria, mas ele não quer, fala pausadamente olhando para Lauro e eu pergunto se ele não queria:

– Não, eu não penso em adoção não. Eu quero um filho meu mesmo, do meu sangue.

Seguindo a pista da relação entre esse desejo de filhos “de sangue” e a presença de filhos na família consanguínea, venho a saber que Lauro tem oito irmãos e Kécia comenta:

– Ele é o único que não tem filhos dos oito irmãos. Mas o amor que ele tem é para os afilhados e sobrinhos. Ele é muito apegado a eles..

Kécia diz que tem apenas uma irmã que tem vinte anos,

– [...] mas ela só fala em adotar. É a primeira pessoa que eu conheço que fala em vez de ter um filho seu, só quer adotar. Mas ela diz que não tem pressa não... Ela quer estudar, está fazendo dois cursos ao mesmo tempo, nem namorado tem, só liga para os estudos. Aí meus pais ficam esperando que eu que vá dar um neto para eles...

Um pouco mais à frente na conversa, quando perguntei sobre seus pais, Lauro me falou que seu pai havia morrido há dois anos.

Kécia passa a falar depois disso e me ajuda a entender a vontade de Lauro de querer ter um filho seu mesmo:

– Meu sogro dizia: ‘Guria, tu tens que me dar um neto antes de eu morrer’... Coitado, acabou morrendo sem ter o neto...

Ela falava isso segurando o braço de Lauro que está ouvindo com os olhos lacrimejantes, assim como Ronaldo, esposo de Andrea ficou quando falou de sua mãe que morrera sem que ele pudesse ter-lhe dado um neto.

A forma também como Valdir me falou da possibilidade de adoção tinha muito a ver com essa mesma pressão que a família exerce, mesmo que de forma indireta, pelo fato de os irmãos terem muitos filhos. Quando perguntei se queria adotar, ele falou:

– Não, eu quero tentar tudo que tiver que tentar. Enquanto a gente ainda tem tempo, né, porque eu estou com 37, ela com 36 anos, mas eu não quero pensar em adoção agora, não.

Perguntei se na família deles alguém tinha adotado e os dois ao mesmo tempo respondem que não. Quando pergunto se têm irmãos Valdir começa:

– Sim, nós somos em nove. Eu sou o mais novo dos homens, tem uma irmã mais nova que eu. Todos os oito têm filhos. Tem até um primo meu [de uma cidade do interior do estado] que escreveu um livro sobre a família do meu avô. Ele escreveu mostrando toda a genealogia da minha família e eu disse a ele que ainda ia ter um filho para ele ter que refazer o livro.

Valdir levanta para pegar esse livro que estava em um móvel próximo e me diz:

– Olha aqui, tem o nome de meus irmãos todos e os filhos deles. Quando chega o meu ele escreve ‘não tiveram filhos’. Mas eu disse a ele que ele ainda vai ter que refazer esse livro quando eu tiver meu filho... É só uma folha que tem que mudar.

Para Eduardo e Sibeles, a possibilidade de adoção é considerada mais por ele que por ela:

– *Eu cheguei a sugerir a adoção. Ela não concorda, mas eu cheguei a pensar. Porque para mim, claro que se fosse natural seria melhor, mas se eu tivesse um filho adotivo eu ia tratar do mesmo jeito como eu tratei o meu outro filho.*

Perguntei a Eduardo se achava que o fato de ele considerar mais que Sibele a possibilidade de ter um filho adotivo teria a ver com o fato de já ter um filho de sua relação anterior e ele diz:

– *Pode ser... eu acho que tem a ver sim. É possível que se eu não tivesse tido um filho antes eu quisesse a todo custo ter outro agora. Mas eu penso também assim que você adotando você está contribuindo também não só para você, mas para as crianças que estão por aí abandonadas. Tem tanta criança aí com necessidade, você pode matar dois coelhos com uma cajadada... Às vezes eu acho que a gente está sendo muito egoísta.*

Para eles, a pressão sentida seria muito mais de pessoas no trabalho e na vizinhança que mesmo na família:

– *Pressão a gente sente, mas é menos dos parentes. No meu caso, é mais das pessoas no trabalho. Não sei ela, porque eu passo o dia todo fora.*

Sibele diz que não é só do trabalho, mas amigos e vizinhos.

“O ambiente social”, Eduardo tenta resumir:

– *O que eu sinto mais é no ambiente de trabalho. Ainda mais porque eu estou no sindicato dos bancários e todo mundo conhece, sabe que a gente está casado há muito tempo e sempre tem aqueles que ficam falando ‘mas vocês não têm filho...! Um deles mesmo vive dizendo ‘pra tu ver, eu e a minha mulher já temos três...’ é como se quisesse se autopromover, sabe? Um tipo de autopromoção.*

Eu pergunto se ele percebe aquilo como uma provocação e ele concorda:

– *Eu sinto como uma provocação. Sibele diz:*

– *E por aqui, eu nunca falo para ninguém, mas sempre tem aquelas pessoas que perguntam ‘mas vocês não tem por que... não querem, não*

podem?'. A gente vê que eles estão querendo saber, eles devem desconfiar, mas ficam perguntando.

– Fofoca?, eu pergunto, e eles respondem ao mesmo tempo:

– Isso. *Exatamente!* Sibele continua:

– *Tem o exemplo mesmo de uma senhora aqui na rua. Ela já é idosa, mas toda vez que ela me vê, parece que já é meio automático. Ela me vê e já vem falando 'mas minha filha, vocês não querem ter filho não?'*

Em meio a tanta diversidade, o que esses casos poderiam nos sugerir? Faz sentido listar essa série de possibilidades e tentar tirar daí qualquer indicação de como os casais podem se relacionar em termos do desejo e da definição da possibilidade de adotar ou não? Identifico um conjunto de elementos que extrapolam em muito o âmbito do casal na definição dessas possibilidades. Nesse conjunto entra o poder de barganha de um e outro, mas da mesma forma se apresenta a rede maior da família; o número de irmãos e o fato de terem filhos ou não; o desejo mais ou menos explícito dos pais de terem netos; a pressão de amigos, colegas de trabalho ou igreja, etc. É nessa confluência que as possibilidades vão se desnudando. Ao mesmo tempo, a viabilidade da adoção ou a consideração sobre essa possibilidade, coloca aos casais outros condicionantes como as filas e possibilidades de serem pais adotivos ou não, como vimos no capítulo anterior.

Isso não quer dizer que não haja pressão por parte dos maridos ou que a sua negação inicial de investigarem possíveis problemas não impacte de forma negativa sobre as mulheres, como vimos no caso de Dóris. Além disso, como veremos na última parte desse capítulo, a manipulação dessa possibilidade pode levar a conduções diferenciadas de homens e mulheres e a impossibilidade de ter filho, um alibi para relações extraconjugais dos maridos.

Um filho fora do casamento – ou um blefe?

Em várias situações, particularmente em conversas com as agentes de saúde das diferentes comunidades, surgiam conversas sobre casos de crianças que haviam sido adotadas e, posteriormente, descobria-se que aquela criança era fruto de relacionamento extraconjugal do marido. Quando não isso, ouvi também relatos de mulheres que descobriram que seus maridos haviam tido filhos em relações extraconjugais quando não havia filhos no casamento.

Na Vila Dacol, um dos primeiros casos que me relataram foi dessa natureza. A médica do posto de saúde me falou tratar-se de uma mulher que cuida da criança que seu marido teve com outra mulher. Segundo ela, num primeiro momento a mãe jovem dizia que queria ir embora, mas Isaura e seu marido, o pai da criança, não deixavam e as pessoas no posto começaram a desconfiar que a jovem pudesse estar sendo cerceada, por isso começaram a investigar mais o caso. Também começaram a perceber nas consultas que a mãe biológica “mal tocava na criança, ficava meio indiferente e não sabia o que era uma meia e o que era uma luva”, nas palavras da médica.

Eu ficava intrigado com essa narração e certamente me interessava conversar com Isaura e seu marido, tentar entender essa configuração, embora imaginasse que não seria fácil. Será que poderíamos encontrar situações semelhantes em que o argumento de uma dificuldade para ter filho no casamento estimularia casos de filhos fora da relação conjugal? Como se legitimaria a busca por filhos fora do casamento?

Se na maior parte dos contatos que fiz a partir do hospital, pude conversar ao mesmo tempo com o homem e a mulher, nos contatos feitos nas comunidades, a maior parte das conversas se deu com as mulheres. Nas comunidades prevaleceram as situações em que no momento em que fui às casas, o marido estava trabalhando. Com alguns, consegui agendar horários alternativos, inclusive no fim de semana.

Com outros, simplesmente não pude retornar para um segundo contato e ainda outro se recusou a me receber, cancelando o encontro que havíamos agendado para um sábado pela manhã. Deve ser considerado, portanto, que em algumas situações, como a de Isaura que discutirei a seguir, trata-se de uma narrativa feita apenas por ela, ao contrário dos casos de Andrea e Ronaldo e Rosa e Plínio. Quais as implicações de esses contatos haverem sido feitos com as mulheres? O que significa o menor contato com os homens? Como fazer uma discussão sobre esse tema sem entrar na polarização homens-mulheres?

Depois de Isaura ter me falado de sua trajetória de 20 anos sem ter tido filhos, eu perguntei sobre seu marido. Eu sabia que ela poderia não querer falar nada e havia considerado que se ela não expusesse diretamente a questão do filho de seu marido com outra mulher, eu não iria questionar, em virtude de ter acessado essa informação pelo posto de saúde. Como muitas outras questões, era essa mais uma que me deixava em situação delicada de sentir-me no limite tênue da curiosidade e da invasão. Na maioria das vezes, eu me surpreendia com a espontaneidade com que as pessoas me falavam. No entanto, nenhuma delas me surpreendeu tanto quanto Isaura pela forma como me falava depois de apenas cerca de meia hora de conversa e o modo como ela estava interpretando a situação.

Após certa hesitação, ela me narrava uma sequência de confidências. A questão surgiu quando eu perguntei, como fazia para todas as pessoas, se ambos no casal tinham tido alguma relação anterior àquele casamento. Se no caso de Rosa e Kécia, por exemplo, elas narravam situações em que seus maridos teriam engravidado outra mulher [mesmo que só uma vez] como uma forma de demonstrar que eles poderiam ter filhos, e o *problema* estava com elas [mesmo que depois começasse a narrar os *problemas* que os médicos foram identificando neles], Isaura fazia o movimento contrário. À minha pergunta se seu marido teria tido alguma outra companheira antes dela, Isaura me respondeu:

– Sim, ele ficou com uma mulher, mas nunca teve filho com ela não. Depois dele foi que essa mulher teve dois filhos com outro homem.

Percebia que ela começava a dar elementos da sua suposição de que seu marido também não poderia ter filhos e perguntei se depois desse episódio ele teria tido algum filho. Isaura para um instante e me olha com uma cara de mágoa dizendo com um gesto com a cabeça indicando a parte interna da casa:

– Ele está com um bebê aí que é de outra mulher que ele teve.

Eu pergunto, ocultando já ter essa informação:

– Ele teve um filho com outra mulher?. Isaura diz que a criança já está com um ano e oito meses:

– Vive aqui desde pequeno, eu estou tomando conta dele. Ele me chama até de mãe. [diz rindo] Iaa... já sabe dizer meu nome e agora diz mamãe. Ele me chama de mãe. Me chamou de mãe antes que a ela. Agora ele chama ela de mãe também.

Pergunto se ele chama as duas de mãe:

– Sim, eu e ela, ele chama de mãe... eu me apeguei demais a ele.

Eu não sabia muito como conduzir a conversa, mas decidido que estava de vencer meus pudores continuei perguntando:

– E como foi isso de a mulher com a criança virem morar aqui com vocês?. Isaura começa a me contar a explicação que seu marido lhe teria dado:

– Ele me falou que ela não tinha onde ficar. Mas eu fiquei muito magoada com ele porque primeiro ele me disse que ia trazer o bebê para a gente criar e eu concordei com ele, mas depois quando ele chegou com a mulher foi um choque para mim.

Eu não queria dar um destaque muito grande a esse fato como se pressupusesse que Isaura estivesse considerando isso como uma impossibilidade, como meus valores colocariam. De fato, quando Isaura falou de ele ter trazido a mulher para casa, ela parecia desapontada e é

de se imaginar que ela não festejou o acontecido. Quando referiu que ele disse que iria trazer o bebê e trouxe ambos, ela demonstrava ter sido esse o seu desapontamento maior e a maior traição. Mas todas as vezes que eu indiretamente perguntava algo querendo entender o que era o mais surpreendente para mim – Por que ela *aceitou* a situação? – ela dizia coisas do tipo: “Ele disse que ela não tinha onde ficar”.

Depois ela continua e traz novos elementos:

“– *Agora ele arranjou uma casa para ela ficar. Já foi para lá e eu fiquei aqui com meu menino.*

Eu achava que ela se referia a *seu menino* como sendo o filho do marido com a outra mulher, no entanto ela me dizia que iria ficar naquela casa com Daniel, seu filho adotado. O marido estaria se mudando para outra casa com a outra mulher e o bebê, mas iria continuar com as duas casas. Eu pergunto se ela pensou em separar e ela diz:

– *Ele não quer me deixar, não. Ele diz que vai ficar com as duas casas, com as duas famílias, fazendo gestos meio como dando de ombros. Isaura o tempo todo me falava como sendo o marido que ia definindo as situações, embora depois ela fale também de suas posições.*

Depois de todas essas informações ainda Isaura me surpreenderia revelando o que parecia ser o seu principal segredo – não o que tinha me falado até agora. Ela se inclina em minha direção, inclinando também o banco onde estava sentada e baixando bastante o tom da voz até quase um sussurro me diz:

– *Mas eu estou desconfiando e a mãe dela [da outra mulher de seu marido] também que esse filho não é dele. É tudo invenção dele.*

Ela diz que conhece a mãe da mulher e que ela não gosta dele [o marido de Isaura]:

– *Ela achou muito errado isso que ele fez, de ele querer ter duas famílias. A mãe dela queria que a menina tirasse o bebê, mas ele não deixou. Ele disse que, para ela não tirar o bebê, então ele assumiu. Ele*

até registrou a criança no nome dele, mas a gente está achando que isso é tudo inventado. A criança é filha de outro cara que ela conhece, lá de Alvorada mesmo onde ela morava.

Isaura fala isso em tom de confiança, sussurrando um segredo:

– Não é para ele saber disso não. Ele não pode saber disso... A mãe dela disse até que o menino é a cara dele, desse rapaz de Alvorada. Ela não achava, mas agora está achando... O meu irmão também viu o rapaz e disse que é parecido.

Eu estou inclinado também ouvindo atento e procuro entender, perguntando:

– Ele inventou isso, Isaura?

– Foi. A mãe dele também acha. Mas sabe? O meu sobrinho é de terreiro. Ele veio me dizer esses dias que ela fez trabalho para separar a gente. Separar eu de meu marido.

Isaura continua falando em tom baixo toda vez que fala em algo que se refira a suas dúvidas sobre a paternidade da criança, me olhando diretamente e rapidamente mudando o olhar como sempre faz.

– É. Ela fez trabalho para separar a gente, mas eu não me importo não. O que é meu vai e volta.

Eu fico muito seduzido pela versão de Isaura. Embora não fosse a questão saber qual a versão verdadeira – quem estaria enganando quem – eu fico curioso de saber mais sobre suas desconfiças de que não apenas aquela criança não seria filha dele, mas também que ele pudesse estar implicado no fato de eles não terem filho. Comento que ela havia me falado que seu marido também não teve filho do primeiro casamento e Isaura diz:

– Não, a mulher teve filho, mas depois que separou dele, de outro homem.

Pergunto:

– Isaura, tu chegaste a pensar que o fato de vocês não terem tido um filho nesse tempo que estão casados pode ter a ver com ele também?.

Isaura se mexe na cadeira, sentando mais ereta e diz animada em minha direção:

– *Eu já pensei nisso. Já achei que ele podia ter algum problema também...*

Ela fala balançando a cabeça afirmativamente e diz que já chegou a comentar essa possibilidade com ele:

– *Ele até foi uma vez para fazer um exame, mas aí acabou não conseguindo e voltou para casa sem fazer. Ele foi lá [no Hospital 2] e quando chegou lá a moça deu um potinho e disse para ele coletar o material, mas ele não fez, não coletou.*

Pergunto se ele não fez porque não quis ou não sabia como era para fazer e ela diz:

– *Ele disse que foi lá no lugar que a moça disse para ele ir, mas ele não conseguiu... aí desistiu, largou tudo lá e veio embora... nunca mais ele voltou...*

Tecnologias reprodutivas e crítica feminista: para além de anjos e demônios

Como essas questões discutidas nesse capítulo podem ser entendidas em relação ao que vem sendo debatido a respeito das NTCs? Essas tecnologias recolocam, superam ou modificam questões centrais no debate sobre reprodução e gênero? A discussão sobre infertilidade e concepção, mais que aquela sobre fecundidade e contracepção, oferece outros caminhos para pensar o *lugar dos homens* na reprodução e o próprio debate sobre paternidade? Da mesma forma que na contracepção, quase a totalidade das novas tecnologias desenvolvidas foi voltada ao corpo das mulheres e sua medicalização. Dessa forma, como se têm identificado e constituído os usuários das NTCs do ponto de vista de gênero? Tem havido espaço para considerar especificidades

e demandas dos homens, particularmente os mais pobres? Como se dá a articulação entre crítica feminista e a disseminação das NTCs?

Verena Stolcke (1986) e Françoise Heritier (2000), ao analisarem o desenvolvimento dessas tecnologias, se perguntam: qual a novidade das NTCs? Estes estudos enfatizam as novas possibilidades colocadas por essas tecnologias, até então pouco imagináveis para a maioria das pessoas. Por outro lado, uma das mais recorrentes críticas e questionamentos é de que estas modificações não têm levado a uma redefinição do padrão de gênero assentado na subordinação das mulheres, principalmente pela medicalização de seus corpos e de uma espécie de retomada vigorosa da vinculação entre mulheres e maternidade. Uma perspectiva que em alguma medida partilha a visão, por exemplo, de Verena Stolcke, de que as NTR enquanto uma “nova forma de opressão” teriam como objetivo “dar ao marido um filho do seu próprio ‘sangue’” (STOLCKE, 1986, p. 21).

Embora diverso em seu conjunto, a obra “Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas” publicada em 2006³⁶ é marcada por essa perspectiva de reticências e oposição a essas tecnologias por considerarem seu caráter de reprodução da subordinação feminina:

Como nunca antes, os supostos avanços da ciência, em verdade instrumentais aos interesses dominantes, estão articulados aos processos geradores de desigualdades. São expressões desse processo aspectos como a instrumentalização do corpo das mulheres como corpo reprodutor, produtor de embriões, e sua

36 É certo que esta obra, editada pelo SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia, diferencia-se de outras obras citadas acima, cuja matriz acadêmica é mais central, como as contribuições de Barbosa (1999), Corrêa (2001), Grossi, Porto e Tamanini (2003); Ramirez (2003); Luna (2007); Scavone (2004); Fonseca (2004); Costa (2001) e Tamanini (2003). Na produção acadêmica, é importante destacar que nem todas as autoras têm na desigualdade de gênero seu principal foco, mas essa preocupação está presente de forma direta ou indireta na maioria dos estudos sobre reprodução assistida, quer sejam desenvolvidos por pesquisadoras assumidamente feministas ou não.

Desejo de filhos

inevitável repercussão entre as mulheres mais pobres; a reafirmação do poder médico, fortemente vinculado aos interesses mercantilistas, sobre o corpo das mulheres e sua influência sobre os padrões familiares e a própria ideia mesma de família (...) (FERREIRA; ÁVILA; PORTELLA, 2006, p. 9)

Lucila Scavone, na mesma obra, acrescenta que:

Esse desejo sem preço da maternidade pode estar atendendo ao desejo da paternidade, cuja realização afirma a fecundidade e exalta a virilidade, especialmente em regiões onde o machismo é acentuado. Em pesquisas sobre maternidade tem-se verificado que as mulheres referem-se, frequentemente, ao forte desejo de 'dar um filho para o seu homem'. Esse desejo seria mais forte do que o próprio desejo de maternidade? Nas NTCs, a resposta ao desejo de paternidade – não importando quem seja o estéril no casal heterossexual – incide no corpo feminino, questão política e de saúde da maior importância (SCAVONE, 2006, p. 16).

Embora seja possível considerar a assimetria de gênero a perpassar os exemplos que estão sendo acompanhados, os caminhos que têm sido percebidos extrapolam as decisões no âmbito do casal. Aqui, procurei mostrar como as definições do masculino e do feminino influenciam todo o percurso da procura do casal nas instituições médicas ou em outras formas de se conseguir ter um filho. Elas servem como definidoras de um longo percurso para o casal onde vários outros elementos que extrapolam o âmbito conjugal também se apresentam. Sonia Corrêa relembro que apenas a mudança individual de homens não levará às transformações esperadas nas relações entre homens e mulheres, afirma que essas mudanças demandariam

[...] uma agenda de pesquisa e reflexão, mas, sobretudo uma agenda de coordenação política deveria ser ocupada internacionalmente e vinculada a um pensamento teórico e conceitual sobre gênero, em associação com as grandes questões econômicas (CORRÊA, S. citado por ARILHA, 2005, p. 163-164).

Assim, supor um olhar diferenciado para *enxergar* essas questões, bem como imaginar a possibilidade de inserção diferenciada dos homens no campo da reprodução e no debate sobre paternidade, demanda atenção ao processo de medicalização de homens e mulheres, no cenário da reprodução assistida onde a *dificuldade para ter filho* – algo com que as pessoas sempre viveram e encontraram várias e diversas alternativas para superá-la ou não – se transforma em *infertilidade* – um problema de saúde que demanda respostas da biomedicina em sua conexão com saberes e mercados globais.

Mathew Gutmann (2007) põe foco nos pressupostos implícitos na forma como tem sido conduzido o debate sobre a figura masculina nos estudos sobre reprodução. Para ele, embora as mulheres tenham sido *desnaturalizadas* pela crítica feminista, aos homens muitas vezes continuam-se atribuindo categorias uniformes e muitas vezes a *cultura* acaba sendo usada para manter e difundir estereótipos a respeito da saúde reprodutiva e sexualidade masculina – como pode ser o exercício de imaginar as “regiões onde o machismo é acentuado” (SCAVONE, 2006). Ele nos lembra a partir do exemplo do México, que esse uso simplista da cultura esteve presente na crença, 30 anos atrás, de que planejamento familiar não iria ser adotado pelas mulheres naquele país católico (GUTMANN, 2007, p. 9). Na sua percepção, qualquer discussão sobre a presença ou não dos homens nesse campo deve ser em relação à posição secundária atribuída aos homens pelas agências internacionais e estudos antropológicos sobre saúde reprodutiva focados nas mulheres. Tomando emprestada a expressão de Mara

Viveros (citado por GUTMANN, 2007, p. 40), afirma que entender essas questões implica em considerar os homens inseridos na “cultura contraceptiva feminina”.

Ginsburg e Rapp apontam que “talvez em razão de nossas próprias categorias sociais nós dissociamos os homens do domínio doméstico” (1995, p. 4) – o que é diferente de pressupor tal exclusão. Da mesma forma, Frank van Balen e Marcia Inhorn reconhecem com desânimo a relativa falta de vozes masculinas em sua obra sobre infertilidade e afirmam que:

[...] a infertilidade masculina em si, bem como as experiências masculinas da infertilidade de suas parceiras, representa o grande território não mapeado na ciência social da infertilidade. Claramente, explorar este terreno é a mais urgente necessidade de pesquisa para o século vinte e um, uma vez que mais que metade de todos os casos de infertilidade globalmente envolve os chamados fatores masculinos (BALEN; INHORN, 2002, p. 19)

Considero que apresentar elementos para refletir sobre esse “território não mapeado” implica em uma perspectiva mais ampla daquela com que tem sido levado a cabo o debate sobre homens do ponto de vista da ausência³⁷. Quando afirmei no início desse capítulo que passei a perceber minha divergência com alguns posicionamentos feministas sobre a relação entre gênero e as novas tecnologias reprodutivas conceptivas como sendo mais de tom que de posicionamento referia-me a algumas dessas questões que gostaria de retomar aqui.

De uma forma geral, a crítica feminista alerta sobre os riscos que se corre ao, sob a imagem de renovação, continuar-se a reproduzir estereótipos e reificar a desigualdade. Contudo, em muitas abordagens, continua a se operar, com a expectativa de compartimentalização de universos masculino e feminino e um *a priori* de privilégio masculino.

37 Ver Strathern (2005) para uma revisão de como a “ausência masculina” tem sido tematizada na antropologia.

Mais problemas ainda são trazidos quando essa noção da *dominação masculina* é tratada de forma indiferenciada, tanto para se referir aos casos de homens concretos em sua busca por filhos, como para se falar do *viés masculino* dessas tecnologias e de uma noção de progresso científico enquanto incorporação dessa dominação. As falas dos homens que entrevistei remetem mais a dúvidas e inseguranças, vergonha e incerteza do que a uma noção de dominação masculina, ao menos quando estamos olhando as relações de conjugalidade. Além disso, apenas passando a se observar a agência das mulheres nesse contexto, poderemos dar conta de outras possibilidades de análise: O olhar que apenas enxerga as tecnologias como fazendo as mulheres *darem filhos para seus homens* possivelmente não dará conta das disputas e das acusações que vimos entre Andrea e Ronaldo, por exemplo. Tampouco permitirá ver as estratégias utilizadas por Isaura para dar outros significados à possibilidade de seu marido ter um filho com uma outra mulher.

Considerando fundamental a reflexão sobre a reprodução da assimetria de gênero que continua a associar mulher e reprodução e, assim, trazendo sérias implicações para as mulheres, o que busquei neste texto foi acrescentar questões a esse campo de pesquisas. Concordando com Gutmann (2007), pergunto-me se seria possível também pensar sobre as formas como o olhar para as mulheres e as implicações das NTCs tem impedido um olhar para a medida em que estas mesmas tecnologias referem-se ou impactam no corpo dos homens ou no lugar dos homens na reprodução de uma forma mais geral. Segundo este argumento, não se trata de alimentar o debate sobre a *ausência masculina* como se o processo reprodutivo fosse uma questão *das* mulheres *ou* dos homens, mas perceber as relações *entre* homens e mulheres como possibilidades de expandir nossas noções de gênero e sexualidade, sem com isso abrir mão das questões de diferença e

desigualdade. Neste campo da reprodução e das NTCs, particularmente, ainda será necessário considerar o cenário mais geral onde se incluem a indústria transnacional da biomedicina, as agências de planejamento familiar, instituições religiosas e fundações e agências multilaterais (GUTMANN, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

POLÍTICAS DE SAÚDE E A REPRODUÇÃO DA DESIGUALDADE

Normalidade procriativa e biopolítica

Compreender, por meio do exame de trajetórias individuais, os impactos que a disseminação das tecnologias reprodutivas tem causado remete à necessidade de considerar a forma como a biomedicina vem se desenvolvendo ao longo dos últimos séculos como uma práxis muito particular. Nessa perspectiva, o que foi discutido a respeito da incorporação de procedimentos de alta tecnologia pela medicina ocidental moderna não tem a ver com um movimento casual, mas com a tendência desse campo do conhecimento a se fortalecer como uma prática poderosa sobre o controle dos corpos. Nesse movimento, como vários autores demonstraram, particularmente Canguilhem (2006) a medicina tem antes de tudo um compromisso com a normalidade. O patológico ao ser definido como o oposto do normal e por tomar esse normal como o *natural*, abre caminho para um tipo de racionalidade que se explicita apenas por seus procedimentos (CAMARGO JR., 1997).

Ao se referir-se à relação entre saúde e normalidade no século XIX, Foucault afirma em *O Nascimento da Clínica*:

A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem-modelo. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não a autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive. (2006, p. 37)

Nessa trajetória de consolidação do saber médico é que fui buscar a chave para a compreensão de como a reprodução humana ao ser vista como algo natural, no sentido do normal posto por Canguilhem, é incorporada como algo que precisa acontecer sempre de uma determinada forma. Imaginar um casal que não consegue se reproduzir biologicamente é entendido como algo que necessariamente precisa ser remediado a todo custo. A concepção de doença cuja essência é passível de ser descoberta a partir da análise clínica passa a ser a categoria central do saber e da prática médica (FOUCAULT, 2006). Transformada em uma ciência das doenças (LUZ, 2006) e não numa ciência da *arte de curar*, permite-se perceber os caminhos que a reprodução vai trilhar até o momento de ser completamente medicalizada (CORRÊA, 2001; THOMPSON, 2005) e sua ausência vista como uma anomalia, uma patologia a ser remediada (CAMARGO JR. 1997).

Para Camargo Jr., embora todas as características da *racionalidade médica* não possam ser as únicas causas para as muitas críticas de que a biomedicina vem sendo alvo, pode-se perceber que a *lógica interna* da prática médica ao associar-se com um conjunto maior de determinantes – como, por exemplo, as opções de política econômica, o impacto das organizações dos setores público e privado na assistência à saúde, os interesses da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos – tem

[...] conseqüências concretas na determinação de um modelo de atenção que avaliza, de alguma forma, uma série de características como o uso excessivo de exames complementares, a desvalorização da subjetividade do paciente (e do próprio médico), a farmacologização excessiva que configuram uma propensão iatrogênica intrínseca que não pode ser chamada de “distorção” (1997, p. 66)

A partir dessa percepção da biomedicina como uma práxis, com uma racionalidade própria, nos encaminhamos para refletir acerca de como a interconexão entre a biomedicina e o desenvolvimento tecnológico e a indústria farmacêutica constitui um campo profícuo – ia dizendo fecundo – para o desenvolvimento de um recurso de que o casamento da medicina com a tecnologia passará a remediar problemas que antes não se imaginou ser possível acontecer. As tecnologias reprodutivas ao serem vistas como expressão do saber médico e esse como representação do progresso científico passam à construção da noção de que se todos os problemas relacionados à impossibilidade de casais de terem filhos ainda não foram resolvidos é porque apenas a tecnologia não se desenvolveu de forma suficiente ainda (FRANKLIN, 1997).

Comentando algumas das principais críticas das quais as tecnologias reprodutivas têm sido alvo, dentre elas os riscos médicos a que as mulheres estariam expostas, Frank van Balen e Marcia Inhorn (2002, p. 14) destacam a perspectiva da prática médica no uso dessas tecnologias e a participação para esses riscos:

[...] Tem-se discutido que os médicos participam ativamente na assunção de riscos médicos por parte das mulheres pelo fato de encorajá-las a utilizar repetida e extremamente as últimas tecnologias – o que Sandelowski (1991, 1993) tem chamado de a “qualidade nunca-é-o-suficiente” [“never-enough quality”] das NRTs – ao invés de desenvolver soluções *low-tech*, dar mais tempo à “natureza”, advogar pela adoção

ou fostering, sugerir que os tratamentos cessassem completamente e que a falta de filhos fosse aceita, ou procurando maneiras para prevenir a infertilidade.

Ao se associar esse panorama de fé cega na ciência, a divulgação de seus feitos a partir da tecnologia com uma estrutura de desigualdade social como a experimentada no Brasil, podemos ver como se estabelece um contexto favorável para que as desigualdades continuem a se reproduzir por outros caminhos.

Sangue e outras substâncias: reproduzindo o desejo de filhos

A abordagem antropológica permite aprofundar, em meio a todas as questões trazidas à cena, a constituição do desejo de ser pai ou mãe. Nesse livro, talvez, mais que ser pai e mãe, tenhamos nos embrenhado em busca dos significados diversos do desejo de *ter* um filho, *ter* prole. Ao me reportar às falas das pessoas e sua prática, busquei perceber o que faz com que essas atitudes ganhem sentido. As atitudes das pessoas são coproduzidas por um conjunto de forças que se articulam, sendo os contextos moldados também pelas forças institucionais.

Podemos nos guiar por algumas pistas para pensarmos o que poderia contemporaneamente diferenciar a formulação desse desejo de prole da forma como era formulada anteriormente: Se antes se podia considerar na definição do parentesco um foco na criança, na procriação, podemos pensar como hoje um discurso de que *eu quero ter filho 'do meu sangue'* ganha centralidade. É nesse sentido específico que tem se dado a reflexão sobre a relação entre *desejo de filhos*, consumo, ciência e política.

A Antropologia se constituiu a partir da lógica de domínios autônomos, sendo parentesco e família considerados os domínios mais próximos do *natural* e sua análise baseada em uma concepção genealógica. (FONSECA, 2004a). Foi a partir de Schneider (1984), ao criticar a pretensa

universalidade do sistema de parentesco dos antropólogos projetados nos grupos que estudavam, que se passou de forma mais detida a se considerar a multiplicidade de formas de fazer conexões (CARSTEN, 2000) que extrapolavam o modelo americano. O parentesco americano, Schneider apontou, teria como base a reprodução heterossexual pela qual as crianças se ligariam a seus pais ao “partilharem substância biogenética” a qual simboliza uma “solidariedade difusa e duradoura” representada em termos nativos como “laços de sangue”, sendo a natureza o idioma dominante deste sistema.

Partindo de algumas das contribuições de Schneider (1980, 1984), Marilyn Strathern (1995) nos coloca algumas ideias provocantes sobre o parentesco *euro-americano*. Em sua análise, antes se tinha uma relação entre família, reprodução e procriação. Hoje, por meio das técnicas de reprodução assistida, os *parceiros* na procriação (gametas, doadores) não fazem parte da família que importa para reprodução. Não é mais o momento da *procriação* tampouco o material genético, mas a *intenção/desejo* de ter um filho que define a *reprodução*:

As intervenções tecnológicas que separam o parentesco da família também separam a procriação da reprodução. Em contraste com outras soluções para a falta de filhos, como a adoção, procedimentos médicos [...] podem ser procurados pelos casais para que possam precisamente reproduzir o que puderem de si mesmos. [...] Quando os tratamentos iniciais falham, outros podem ser sugeridos e pretendentes a pais talvez sejam levados a realocar o que, neles próprios, estejam reproduzindo. O que, ao final, se mantiver intacto é a intenção ou o desejo de ter um filho, então esse desejo é o que a criança “reproduz”. Portanto, ao se tornar o meio para satisfazer tal desejo, a procriação em si mesma deixa de ser o momento reprodutivo crucial. Talvez possamos ver esse momento, ao invés, como a encenação da intenção ou do desejo. (STRATHERN, 1995, p. 355)

Por diversas vezes enfatizei ao longo desse livro que estava lidando com diferentes formas de se considerar a possibilidade de ter filhos e como a maior parte das pessoas tem dificuldade em alcançar as tecnologias reprodutivas de ponta. No entanto, introduzo essas palavras finais com a discussão sobre os deslocamentos (*displacement*) que essas tecnologias produzem com o objetivo de nuançar um domínio mais amplo onde essa discussão se insere. Ao entender o parentesco como sendo não apenas as interações entre pessoas que se consideram parentes, mas também a forma como essas pessoas concebem a constituição de uma relação de parentesco (STRATHERN, 1992, p. 5) vemos que essas nos remetem à crença na natureza. Essa crença na natureza está presente nos mais diferentes discursos acerca das possibilidades de vir-se a ter um filho.

A noção de individualidade na base do sistema euro-americano de parentesco está inteiramente de acordo com as características das sociedades com base no mercado e no consumo. Inseridos no mercado tendemos a *endeusar* a escolha e as NTCs são feitas no idioma do mercado. Esta analogia com o mercado se desenvolve a partir de noções de escolha, preferência e indivíduo, com base na perspectiva do fornecimento e compra de bens e serviços (STRATHERN, 1992, p. 37). Strathern aponta como “não temos o direito de escolher não consumir” – frente à disponibilidade das técnicas as pessoas se considerariam *obrigadas* a usá-las.

Essa relação mais geral entre reprodução e consumo proposta por Strathern está inserida na sua proposta de uma concepção de cultura que se estabelece pela capacidade de fazer classificações, conexões e associações e explicitar domínios (STRATHERN 1992, 1995). Segundo Strathern, quando se faz associações de domínios diferentes (natural-artificial, orgânico-inorgânico), isto altera ambos os domínios e suas classificações, ou seja, estabelece-se um deslocamento – “as ideias que reproduzimos nunca se reproduzem da mesma forma” (STRATHERN, 1992, p. 6).

Mesmo que os efeitos mais diretos das NTCs tenham sido vivenciados por poucos que podem pagar por eles, suas repercussões os ultrapassam. A noção de *escolha individual* é aqui pensada como ideologia. Não pode ser naturalizada no sentido de que se há *realmente* ou não possibilidade de escolha. Mesmo que as pessoas que tenhamos acompanhado não sejam aquelas que estão usando a todo custo essas tecnologias pode-se ver na consideração dessa possibilidade a tendência a que Strathern se refere – está havendo um deslocamento na forma como se considera a possibilidade de fazer filhos. Ao ser explicitada a relação entre querer se reproduzir e querer reproduzir a natureza, estão sendo colocadas possibilidades percebidas como escolhas individuais. Sobre essa lógica do mercado a partir da noção de escolha, Claudia Fonseca comenta:

A ‘escolha livre’, não muito longe do direito de consumo, acaba sendo a medida básica da moralidade. Assim, pessoas não somente decidem quando e como vão ser pais, mas também encomendam exatamente o tipo de filho que querem, ou pelo menos barganham para adquirir o melhor modelo possível – sem questionar as implicações éticas e políticas dos meios usados para realizar seu desejo. (FONSECA, 2008, p. 780)

Essa *escolha* acontece em um quadro próximo ao que Faye Ginsburg e Rayna Rapp (1995) chamam de reprodução estratificada. Coloca em conexão formas diferentes de poder, não apenas em relação a classe, mas de modelos diferentes. Balen e Inhorn (2002) falam em “contrastos globais” e em “tecnologias globalizadas” não apenas para se referir à forma como a infertilidade tem conotações muito distintas em diferentes países, mas também para apontar como a divisão entre países produtores e consumidores dessas tecnologias – e os diferentes grupos dentro desses países *consumidores* – estabelece uma série de desigualdades. Com relação a esses aspectos, podemos nos reportar não apenas ao chamado “turismo reprodutivo” – no qual casais driblam restrições de seus países

em busca de doadores ou de “barriga de aluguel” – mas também a acordos onde, por exemplo, mulheres pobres que não podem pagar as clínicas privadas *trocam* seus óvulos por tratamento com mulheres que podem pagar, mas precisam de ovodoação para dar continuidade ao tratamento.

Essas considerações não implicam apoio à hipótese de que as tecnologias são necessariamente conservadoras ou que apenas reproduzem as normas tradicionais (ver, por exemplo, STOLCKE, 1986; HERITIER, 2000). Pelo contrário, é inegável o que tem sido apontado por vários estudos (THOMPSON, 2001; 2005; FONSECA, 2008) que muitas pessoas têm exercido “estratégias de naturalização” no seu uso das NTR, ampliando consideravelmente os significados em torno do idioma do sangue. O uso que, por exemplo, casais homossexuais e pessoas solteiras podem fazer dessas tecnologias amplia o leque das possibilidades de se *construir* parentesco. Da mesma forma, em outras partes do mundo, certas práticas proibidas no Brasil (e.g., a doação de um óvulo por uma filha a sua própria mãe, uma mulher emprestar seu ventre para gestar o filho do irmão) podem contribuir para novas concepções de parentalidade. Mas, poderíamos nos perguntar, qual o alcance dessa “naturalização estratégica” para o contexto por nós investigado? Concordando com Thompson que as NTCs nesse sentido são “ao mesmo tempo” inovadoras e conservadoras (2001, p. 199), é possível nos questionar sobre a forma como essas tecnologias têm sido disseminadas na rede pública e o tipo de *oferta* que tem sido feito.

Como referimos no primeiro capítulo, foi apenas em outubro de 2008 que um hospital público no Brasil realizou um procedimento de fertilização com óvulo doado que resultou em gravidez. Noticiado pelo jornal Estado de São Paulo, o fato acontecido no Hospital Pérola Byington foi referido pelo jornalista que tratou do assunto como o “Sistema Único de Saúde ‘hi-tech’” (ARANDA, 2008). Naara Luna refere que à época de sua pesquisa no Rio de Janeiro e São Paulo (inclusive no Pérola Byington), dois serviços públicos de reprodução assistida tinham projeto de implantar

programa de doação de óvulos, mas os procedimentos se davam até então, por regra, com *material* do casal (LUNA, 2007, p. 133). Esse tipo de restrição nos permite perceber uma espécie de normatização do tipo de família que os serviços disponíveis estariam reproduzindo – *para os pobres*: baseado no vínculo conjugal, heterossexual, sem doador de gametas. Enquanto algumas possibilidades de *escolha* se colocam para solteiros e casais – heterossexuais ou homossexuais – das clínicas privadas (COSTA, 2004), os que não têm os recursos para pagar essas clínicas têm à disposição no serviço público um leque restrito às possibilidades dadas pelos gametas do casal. Assim, o que poderia ser visto como um *conservadorismo* familiar dos grupos populares (o que não seria tão diferente dos modelos *padrão* de parentesco euro-americano) acaba sendo **reforçado** por meio da forma particular que as políticas de saúde lhes proporcionam acesso às NTR.

No entanto, o interesse central de nossa investigação gira em torno de como são produzidos esses vários discursos. Nossa pesquisa não coloca a reprodução assistida necessariamente como um *direito de todos*. Procura antes problematizar como subjaz a esse discurso de *acesso universal*, nesse tipo de serviço *gratuito*, a noção de que os vínculos biológicos (e, mesmo, genéticos) seriam superiores aos demais e que o Estado deveria atuar sobre isso. Os discursos de popularização alimentam expectativas nas pessoas de que viriam a ter esse direito apesar das iniciativas incipientes que têm sido propostas. O que outros estudos nos ajudam a aperceber é que os vários sentidos atribuídos à noção de acesso servem para os mais diferentes interesses, desde os usuários e médicos até a indústria farmacêutica e o Estado (RAMIREZ, 2003).

Nesse sentido, tornou-se fundamental perceber a partir do contato com as pessoas nos postos comunitários de saúde e não apenas no hospital que o discurso de inevitabilidade de recurso das pessoas à reprodução assistida não é unânime. Foi possível perceber que a referência ao desejo

de filho não implica numa submissão direta ao discurso biomédico como forma de resolução de um *problema de saúde*. Busquei apontar os caminhos diferenciados que as pessoas têm construído para enfrentar aparentemente um mesmo problema – a infertilidade. Pudemos ver como mulheres e casais lidam de forma diferente com a questão. Não apenas considerando as formas diferenciadas de encarar a adoção, mas apontando como não é automática a transformação da *ausência de filhos* num *problema de saúde*. Essa perspectiva diferenciada pode ser entendida a partir de alguns marcadores como classe, tipo de acesso ao serviço, redes de apoio, experiência de adoção e circulação de crianças.

As diferentes formas que as pessoas usam para lidar com a ausência de filhos nos ajudou a entender o que outros estudos mostram: nem sempre todos os problemas de saúde são vistos dentro do modelo formal de atenção à saúde e o modelo biomédico é apenas um entre vários sistemas disponíveis no *mercado* de saúde (OLIVEIRA, 1998, p. 19). Essa distinção não deve ser vista como algo exclusivo, mas indicar que, mesmo quando recorrendo aos serviços de saúde e acreditando na biomedicina como forma de remediar seus problemas, esse não é o único recurso acionado pelas pessoas. Isso nos ajuda a desnaturalizar o discurso de que, sempre que estiverem diante de uma dificuldade para terem filhos, as pessoas estariam dispostas a recorrer às tecnologias reprodutivas para conseguirem esse resultado.

Reproduzindo filhos, acentuando desigualdades

Ao narrar as trajetórias percorridas por aquelas pessoas que, ao se depararem com a impossibilidade de ter um *filho biológico*, passaram a percorrer uma trajetória definida pela biomedicina, quis enfatizar como essas desigualdades se reproduzem. Ao apresentar as etapas da trajetória médica, destaquei como, para essas pessoas que não são o público das clínicas privadas de reprodução assistida, os constrangimentos financeiros

são apresentados como sendo a maior dificuldade. Nesse sentido, a descoberta da existência de um serviço que seria financiado pelo SUS passa a ser visto por essas pessoas como uma *luz no fim do túnel*. No entanto, vimos que essa luz dificilmente chega a se efetivar. Os obstáculos ao longo do caminho (preço dos remédios, recursos suplementares...) dificultam o êxito de um tratamento que possui, nas melhores das condições, uma probabilidade de dar certo estimada entre 15 e 20%³⁸.

Além do mais, como foi narrado por profissionais do mesmo serviço onde parte da pesquisa foi feita, não são “exatamente os pobres” quem chegam até o serviço. Se chegam às primeiras etapas de investigação de possível infertilidade, são *peneirados* pelo próprio sistema em suas dificuldades de diversas ordens (ALLEBRANT; MACEDO, 2007, p. 22-23).

Dessa forma, emergiu de nossa pesquisa certa suspeição do discurso de popularização das tecnologias reprodutivas para o serviço público de saúde. Vimos como nesse discurso um coro de vozes diversas se perfila com os mais diferentes interesses. Por um lado estão os casais em seu desejo de ter um filho biológico, por outro, os médicos em suas clínicas privadas e projetos de *acessibilidade* dizendo terem a saída para essa dificuldade a partir da ciência e da tecnologia, aliados à indústria farmacêutica. Nesse coro, o Estado brasileiro, via ministério da saúde, tem ocupado um papel ao mesmo tempo fundamental e ambíguo na medida em que ao propugnar os pressupostos de universalidade do SUS, continua a operar a partir da fissura concretamente construída ao longo do tempo entre os que podem e os que não podem pagar seguros privados. Ao mesmo tempo em que reconhece e estabelece a divisão entre quem pode e não pode pagar, vai cedendo aos discursos e pressões de que um filho biológico seria um direito que o Estado deveria bancar. O discurso público de instituir a reprodução assistida no

38 Ao se falar em *melhores condições* deve-se lembrar que esse cálculo não pode se aplicar da mesma forma quando os procedimentos de fertilização não preveem a doação de gametas, o que torna ainda mais premente a questão do tempo para os usuários do serviço público. Ver Allebrant e Macedo (2007, p. 21-22).

SUS representa essa ambiguidade referida – um projeto anunciado cujas condições concretas de existir são marcadamente remotas. Não seria demasiado considerar esse movimento de tornar a biomedicina acessível a todos como um dos mecanismos de biopolítica enquanto um sistema de governo marcado pela sedução e não pela repressão (RABINOW; ROSE, 2006). Todos teriam seus direitos assegurados, inclusive de ter um filho. Se a concretização desse direito continua sendo remota, por essa lógica, poderíamos parodiando Strathern dizer que ao se reproduzir o desejo de ter filhos, todos poderão ao menos agora dizer que tentaram.

REFERÊNCIAS

ABU-LUGOD, Lila. Writing against culture. In: FOX, Richard (org.) **Recapturing anthropology: working in the present**. Santa Fe, New Mexico: School of American Research Press, 1991, p. 137-154.

ADRIÃO, Karla Galvão. **Encontros do Feminismo**. Uma análise do campo feminista brasileiro a partir das esferas do movimento, do governo e da academia. Tese de Doutorado, 2008. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas.

ALFANO, Bianca. **Reprodução assistida: a organização da atenção às infertilidades e o acesso às técnicas reprodutivas em dois serviços público-universitários no Estado do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (org.) **Fabricando a Vida**. Implicações éticas, culturais e sociais das novas tecnologias reprodutivas, Porto Alegre: Metrópole, 2007.

ARANDA, Fernanda. SUS obtém 1ª fertilização com óvulos doados. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 29 out. de 2008. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/estadaode hoje/20081029/not_imp268584,0.php> Acesso em 29 out. 2008.

ARILHA, Margareth. Desejo da Maternidade, tecnologias conceptivas e o Estado: Rápidas considerações. In: SCAVONE, Lucila (Org.) **Tecnologias Reprodutivas: Gênero e Ciência**, São Paulo: UNESP, 1996a. p. 199-204.

ARILHA, Margaret. Infertilidade, práticas conceptivas e políticas públicas. In: PARKER, Richard & BARBOSA, Regina. (orgs.) **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996b. p. 173-188.

ARILHA, Margareth. **O masculino em Conferências e programas das Nações Unidas: para uma crítica do discurso de gênero**. 2004. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP.

ARRETCHE, Marta. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade de; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2006. p. 285-306

ASSIS, Marluce A.; VILLA, Tereza Cristina S. & NASCIMENTO, Maria Angela A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade de ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2003, 8(3):815-823.

AZIZE, Rogério Lopes. Masculinidade, Viagra e saúde: um olhar antropológico. In: RIAL, C. & TONELLI, J. (Org.) **Genealogias do silêncio**. Feminismo e Gênero. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2004.

BAHIA, Ligia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade de; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2006. P. 407-449.

BALEN, Frank van; INHORN, Marcia. Introduction. Interpreting infertility: A view from the Social Sciences. In: INHORN, Marcia and BALEN, Frank van (eds.). **Infertility around the globe**. New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies. Berkeley: University of California Press, 2002. p. 03-32.

BARBOSA, Rosana. **Desejo de filhos e infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil**. 1999. Tese de Doutorado. Depto de Sociologia. FFCLH/USP.

BARBOSA, Rosana. Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: produzindo classes distintas de mulheres? In: GROSSI, Miriam, PORTO, Rozeli e TAMANINI, Marlene (orgs.) **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios**. Brasília: Letras Livres, 2003. p. 41-49.

BECKER, Gay. **The elusive embryo: How women and men approach new reproductive technologies**. Berkeley: University of Califórnia Press, 2000.

BECKER, Gay. Deciding whether to tell children about donor insemination: An unresolved question in the United States. In: INHORN,

Marcia and BALEN, Frank van (eds.). **Infertility around the globe**. New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies. Berkeley: University of California Press, 2002. p. 119–133.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BONETTI, Alinne. **Não basta ser mulher, tem de ter coragem** - Uma etnografia sobre gênero, poder, ativismo feminino popular e o campo político feminista de Recife – PE. Tese de Doutorado, 2007. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas.

BOURDIEU, Pierre. Compreender. In: **A miséria do mundo**. Petrópolis, Vozes, 1997. p. 693-732.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2004.

BUGLIONE, Samantha. As tecnologias reprodutivas em um direito movimento. In: DINIZ, Debora; BUGLIONE, Samantha (Eds.). **Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas: Diferentes perspectivas do Direito Brasileiro**. Brasília: Letras Livres, 2002. p. 73-79.

CAMARGO JR., Kenneth Tochel de. A biomedicina. **Physis** [online]. 1997, vol.7, n.1 [Acesso em: 11 Abr. 2009], p. 45-68

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARSTEN, Janet. (ed.). **Culture of Relatedness**. New approaches to the study of kinship. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

CARSTEN, Janet. Substantivism, Antisubstantivism, and Anti-anti-substantivism. In: FRANKIN, Sarah; MCKINNON, Susan. **Relative values: reconfiguring kinship studies**. Durham & London: Duke University Press. 2001, p. 29-53.

COLLUCCI, Claudia. “Reprodução assistida no SUS. Será que dessa vez é sério?”, 2008. Disponível em: <<http://claudiacollucci.blog.uol>

com.br> Acesso em: 26 Março. 2009.

CORRÊA, Marilena. **Novas Tecnologias Reprodutivas**. Limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro. EdUERJ, 2001.

CORRÊA, Marilena. Medicina reprodutiva e desejo de filhos. In: GROSSI, Miriam, PORTO, Rozeli e TAMANINI, Marlene (orgs.) **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios**. Brasília: Letras Livres, 2003. p. 31-38.

CORRÊA, Marilena; LOYOLA, Maria Andrea. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [3]: 753-777, 2015.

COSTA, Rosely Gomes. **Concepção de filhos, concepções de pai**: Algumas reflexões sobre reprodução e gênero. 2001. Tese de Doutorado. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas.

COSTA, Rosely Gomes. Tecnologias reprodutivas e atribuições de paternidade e maternidade. In: GROSSI, M., PORTO, R. e TAMANINI, M. (orgs.). **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios**. Brasília: Letras Livres, 2003, p. 69-80.

COSTA, Rosely Gomes. O que a seleção de doadores de gametas pode nos dizer sobre noções de raça. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2004. 14(2): 235-255.

DADICO, Claudia Maria. Sentença Reprodução Assistida. **Revista da AJUFERGS**, 2006. n. 05, p. 223-246. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br>> Acesso em: 16 Jan. 2009

DINIZ, Debora. Introdução. In: DINIZ, Debora; BUGLIONE, Samantha (Eds.). **Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas: Diferentes perspectivas do Direito Brasileiro**. Brasília: Letras Livres, 2002. p.9-21.

DINIZ, Debora; BUGLIONE, Samantha (Eds.). **Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas: Diferentes perspectivas do Direito Brasileiro**. Brasília: Letras Livres, 2002.

DINIZ, Debora & COSTA, Rosely. Infertilidade e Infecundidade: acesso às novas tecnologias conceptivas. In: FERREIRA, Verônica, ÁVILA, Maria Betania, PORTELLA, Ana Paula (orgs.) **Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas**. Recife: Edições SOS Corpo. 2006. p. 49-66.

DONZELOT, Jacques. **A Polícia das Famílias**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUARTE, Luiz Fernando. Investigação Antropológica sobre Doença, Sofrimento e Perturbação: uma introdução. In: DUARTE, Luiz Fernando; LEAL, Ondina. **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1988, p. 9-27 .

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene ; EDLER, Flavio. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade de; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio; SUÁREZ, Julio (Org.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2006, p. 58-81.

FERREIRA, Jaqueline. Semiologia do corpo. In: LEAL, Ondina Fachel (Org.) **Corpo e Significado**. Ensaios de Antropologia Social. 2ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2001. p. 89-103.

FERREIRA, Verônica, ÁVILA, Maria Betania, PORTELLA, Ana Paula (orgs.) **Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas**. Recife: Edições SOS Corpo, 2006.

FONSECA, Claudia. **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2000.

FONSECA, Claudia. **Caminhos da adoção**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

FONSECA, Claudia. De afinidades a coalizões: uma reflexão sobre a transpolinização entre gênero e parentesco em décadas recentes da antropologia. In: **Ilha**, Florianópolis, 5(2), 2004a. p. 05-31.

FONSECA, Claudia. A certeza que pariu a dúvida. Paternidade e DNA. In: **Revista de Estudos Feministas**, 12 (2), 2004b. p. 13-34.

FONSECA, Claudia. Posfácio: Ampliando o círculo de interlocutores (ou, o que um “leigo” tem a ver com discussões de bioética no campo de reprodução assistida). In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (org.) **Fabricando a Vida**. Implicações éticas, culturais e sociais das novas tecnologias reprodutivas, Porto Alegre: Metrópole, 2007a. p. 173-184.

FONSECA, Claudia. Apresentação. De família, reprodução e parentesco: Algumas considerações. In: **Cadernos Pagu** (29), julho-dezembro, 2007b, p. 9-35.

FONSECA, Claudia. Homoparentalidade: novas luzes sobre o parentesco. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 3, dez. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300003&lng=pt&nr m=iso>. Acesso em 19 abr. 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade**: A vontade de saber. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRANKLIN, Sarah. **Embodied progress**: a cultural account of assisted conception. New York: Routledge. 1997.

GALVÃO, Arnaldo. Governo decide usar PPPs para produzir 24 fármacos no país. **Valor Econômico**, São Paulo, 02 Abr. 2009. Disponível em: <http://www.valoronline.com.br/ValorOnLine/MateriaCompleta.aspx?codmateria=5497601&dtmateria=2-4-2009&codcategoria=5&tp=3>. Acesso em: 03 Abril. 2009

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

GERSCHMAN, Silvia e SANTOS, Maria Angélica Borges. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. In: **RBCS** vol. 21 n. 61, junho 2006. p. 177-227.

GINSBURG, Faye & RAPP, Rayna . Introduction: Conceiving the

New World Order. In: GINSBURG, Faye D. and RAPP, Rayna (orgs.) **Conceiving the New World order: the global politics of reproduction.** Berkeley: University of California Press, 1995. p. 01-17.

GROSSI, Miriam, PORTO, Rozeli e TAMANINI, Marlene (orgs.). **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios.** Brasília: Letras Livres, 2003.

GUTMANN, Matthew C. The missing gamete: Eight common mistakes about men's sexuality. In: **Fixing men: Sex, Birth control and AIDS in Mexico.** Berkeley/London: University of California Press, 2007, p. 28-46.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. In: **Cadernos Pagu.** Campinas, SP, 1995, p. 7-41.

HÉRITIER, Françoise. A coxa de Jupiter: Reflexões sobre os novos modos de procriação. In: **Revista de Estudos Feministas** 8(1), 2000. p. 98-114.

INHORN, Marcia and Balen, Frank van (eds.). **Infertility around the globe.** New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies. Berkeley: University of California Press, 2002.

JASANOFF, Sheila. The idiom of co-production. In: JASANOFF, Sheila (ed.) **States of knowledge: the co-production of science and social order.** New York: Routledge, 2004. p. 1-12.

JASANOFF, Sheila. **Designs on Nature: Science and democracy in Europe and the United States.** Princeton: Princeton University Press, 2005.

LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos.** Rio de Janeiro, Ed. 34, 1994.

LATOUR, Bruno. Você acredita na realidade?. In: **A esperança de Pandora.** Edusc: Bauru/SP, 1999, p. 13-37.

LEAL, Ondina & BOFF, Adriane . Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional In PARKER, Richard & BARBOSA, Regina. (org.) **Sexualidades Brasileiras.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p.119-135.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2), 2001, p. 269-291.

LIMA, Nísia Trindade de; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

LIMA, Nísia Trindade, Cristina M.O. Fonseca e Gilberto Hochman. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade de; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2006. p. 27-58.

LONGHI, Marcia. **Ser homem, pobre e pai**. Dissertação de Mestrado. 2001. Recife: Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco.

LUNA, Naara. **Provetas e Clones**: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. Tese. Doutorado. 2004. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Rio de Janeiro: Museu Nacional.

LUNA, Naara. Religiosidade no contexto das novas tecnologias reprodutivas. In: DUARTE, Luiz Fernando; HEILBORN, Maria Luiza; BARROS, Myriam; PEIXOTO, Clarice. **Família e Religião**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006. p. 113-150.

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

LUZ, Madel T. Biomedicina e racionalidade científica no ensino contemporâneo da área de saúde. In: SOUSA, Alicia Navarro; PITANGUY, Jacqueline (org.) **Saúde, Corpo e Sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p. 195-203.

MACEDO, Juliana Lopes de; ALLEBRANDT, Débora; ZÁCHIA, Suzana;

PASSOS, Eduardo Pandolfi; GRUDZINSKI, R.; MONTEIRO, Y.; Severo, S. Perfil dos Usuários de um Serviço Público de Reprodução Assistida. In: ALLEBRANDT, D.; MACEDO, J. (Org.). **Fabricando a vida:** implicações éticas, culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas. Porto Alegre: Metrópole, 2007. p. 27-36.

MACHADO, Paula Sandrine. *Muitos pesos e muitas medidas:* um estudo antropológico sobre as representações masculinas na esfera das decisões sexuais e reprodutivas. 2003 Dissertação, Mestrado. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MALCHER, Leonardo. **Aos cuidados de Priapo.** Impotência sexual masculina, medicalização e tecnologia do corpo na medicina do Brasil. 2007. Tese de Doutorado. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo:** uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil:** Atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

MITJAVILA, Myriam, ECHEVESTE, Laura. Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade. In: COSTA, Albertina, AMADO, Tina. (Orgs.) **Alternativas escassas.** Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina. São Paulo: PRODIR/FCC, Rio de Janeiro: Editora 34, 1994. p. 283-300.

MOORE, Henrietta. Understanding sex and gender. In: INGOLD, Tim (ed.) **Companion Encyclopedia of Anthropology.** Londres: Routledge, 1997.

NADER, Laura. Up the Anthropologist – Perspectives Gained from Studying Up. In: HYMES, Dell. (Ed.). **Reinventing Anthropology.** New York: Vintage Books, 1969. p. 284-311.

NADER, Laura. **Naked science.** New York: Routledge, 1996.

NASCIMENTO, Pedro. **‘Ser homem ou nada’**: diversidade de experiências e estratégias de atualização da masculinidade hegemônica em Camaragibe/PE. Dissertação (Mestrado em Antropologia Cultural), UFPE, Recife, 1999.

NASCIMENTO, Pedro. Antropologia, feminismo e masculinidades ou O que os *papudinhos* de Camaragibe têm a ver com o debate sobre os *homens no feminismo*. In BONETTI, Alinne; FLEISCHER, Soraya (Orgs.). **Entre pesquisar e militar**: Contribuições e limites dos trânsitos entre pesquisa e militância feministas. Brasília, 2007a. p. 35-48. Disponível em: http://www.cfmea.org.br/pdf/dossie_entre_pesquisar_militar.pdf. Acesso em: 26 Abr. 2009.

NASCIMENTO, Pedro. Pagando o preço: uma etnografia do acesso ao serviço público de reprodução assistida em Porto Alegre-RS. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (org.) **Fabricando a Vida**. Implicações éticas, culturais e sociais das novas tecnologias reprodutivas, Porto Alegre: Metrópole, 2007. p. 83-104.

NASCIMENTO, Pedro. Percepções, dilemas e desafios de usuários de serviços públicos de saúde em sua ‘busca por filhos’. In **26ª. Reunião Brasileira de Antropologia**, Porto Seguro, Bahia. 2008.

NASCIMENTO, Pedro. Alguns comentários sobre a Mesa? Antropologia em Campos Up. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, M. S.; PETERS, Roberta(Org.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010, p. 71-81.

NASCIMENTO, Pedro. Não-provedores: homens, mulheres e desemprego em uma “Invasão” em Camaragiba-PE. In: NASCIMENTO, Pedro; RIOS, Luís Felipe (Orgs.). **Gênero, saúde e práticas profissionais**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2011, p. 183-212.

NASCIMENTO, Pedro. Desafios na trajetória de uma pesquisa sobre a produção do desejo de filhos. In: OLIVEIRA, Kelly; RIBEIRO, Luciana Maria; NEVES, Ednalva Maciel. (Org.). **Pesquisa e ética na Antropologia contemporânea**: territorialidade, gênero, saúde e patrimônio. 1ª ed. João Pessoa: Editora da UFPB, 2013, p. 117-149.

OLIVEIRA, Francisco Arsego. **Serviços de saúde e seus usuários.** Comunicação entre culturas em unidade de saúde comunitária. Dissertação de Mestrado, 1998. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ONG, Aihwa; COLLIER, S. J. (eds.) **Global Assemblages:** Technology, politics and ethics as anthropological problems, New York and London: Blackwell, 2005.

ORTNER, Sherry. Theory in anthropology since the sixties. In: DIRKS, N; ELEY, G; ORTNER, S. (orgs.). **Culture/power/history:** a reader in contemporary social theory. Princeton: Princeton Univ. Press, 1994.

ORTNER, Sherry. Introduction. In: ORTNER, S. (org.) **The fate of “culture”:** Geertz and beyond. Berkeley: Univ. of California Press, 1999.

PORTO, Rozeli. Bibliografia comentada sobre novas tecnologias reprodutivas conceptivas. In: GROSSI, Miriam, PORTO, Rozeli e TAMANINI, Marlene (orgs.). **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas:** questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003. p. 169-181.

RABINOW, Paul. Artificialidade e Iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidades. In: **Antropologia da Razão.** Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1999. p. 135-157.

RABINOW, Paul e ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. In: **Política e Trabalho.** 24, 2006, p. 27-58.

RAMIREZ, Martha. **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas:** fabricando a vida, fabricando o futuro. Tese de Doutorado. 2003. Doutorado em Ciências Sociais. Campinas: Unicamp.

RAMIREZ, Martha. Questões e desafios decorrentes da fabricação de bebês. In: GROSSI, Miriam, PORTO, Rozeli e TAMANINI, Marlene (orgs.). **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas:** questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003. p. 109-120.

RAMIREZ, Martha. A fertilização tecnológica de nossos corpos. In: FERREIRA, Verônica, ÁVILA, Maria Betania, PORTELLA, Ana Paula

(orgs.). **Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas**. Recife: Edições SOS Corpo, 2006. p. 23-38.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha. 2010. À procura da família – entre o filho “bio” e o adotivo. 27^a. Reunião Brasileira de Antropologia, GT 37. Gênero, configurações familiares, arranjos domésticos e afetivos, Belém/PA, 01 e 04 de agosto de 2010. Disponível em: <http://www.iconecv.com.br/27rba/arquivos/grupos_trabalho/gt37/mrgi.pdf> Acesso em: 9 Maio. 2013

RAPP, Rayna. **Testing women, testing the Foetus: the social impact of amniocentesis in America**. New York: Routledge, 2000.

RAUPP RIOS, Roger. Acesso às tecnologias reprodutivas e princípios constitucionais: igualdade, pluralismo, direito constitucional de família e orientação sexual no debate bioético brasileiro. In: DINIZ, Debora; BUGLIONE, Samantha (Eds.). **Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas: Diferentes perspectivas do Direito Brasileiro**. Brasília: Letras Livres, 2002. p. 51-72.

REDE Nacional Feminista de Saúde. **Dossiê Reprodução Humana Assistida**. 2003. Disponível em <<http://www.redesaude.org.br>> Acesso em 23 Jan.2009

ROHDEN, Fabiola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001

ROSENFELD, Dana; FAIRCLOTH, Christopher (eds.). **Medicalized Masculinities**. Philadelphia: Temple University Press, 2006.

RUIZ, Erika Caldas. **Avaliação da inseminação artificial de baixo custo como alternativa de acesso de populações carentes às tecnologias reprodutivas**. Dissertação de Mestrado. 2008. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente – Universidade Tirandentes, Aracaju/SE. [2008a]

RUIZ, Erika Caldas et al. Inseminação intra-uterina com protocolo econômico para casais de baixa renda. **Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida**, vol. 12, no 1, 2008b. p. 42.

SAMRSLA, Monica et al . Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital Público do DF – Estudo bioético. **Rev Assoc Med Bras.** 53(1), 2007. p. 47-52

SARTI, Cynthia. **A família com espelho.** Estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Autores Associados, 1996.

SCAVONE, Lucila. **Dar a Vida e Cuidar da Vida:** Feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCAVONE, Lucila. Novas Tecnologias Conceptivas: Teorias e Políticas Feministas. In: FERREIRA, Verônica, ÁVILA, Maria Betania, PORTELLA, Ana Paula (orgs.) **Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas.** Recife: Edições SOS Corpo, 2006. p. 12-22.

SCHNEIDER, David. **American Kinship.** A Cultural Account. Chicago: The University of Chicago Press, 1980.

SCHNEIDER, David. **A Critique of the Study of Kinship.** Ann Arbor: University of Michigan Press, 1984.

SCOTT, Russel Parry. O homem na matrifocalidade: gênero, percepção e experiências do domínio doméstico. In: **Cadernos de Pesquisa,** São Paulo, n.73, p.38-47, maio, 1990.

SCOTT, Russel Parry. Agentes comunitários e saúde reprodutiva: uma experiência recente no nordeste brasileiro. In: OLIVEIRA, M. Coleta e ROCHA, M. Baltar. (Orgs.) **Saúde Reprodutiva na esfera pública e política.** Campinas: Editora da Unicamp/NEPO, 2001. p. 49-69.

SCOTT, Russel Parry. Prevenção e poder na transformação dos programas de agentes comunitários de saúde (PACS) em programas de saúde da família (PSF). In: CAROSO, Carlos (Org.) **Cultura, Tecnologias em saúde e Medicina.** Perspectiva antropológica. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 259-268.

SOUZA, Maria do Carmo B. Latin America and access to Assisted Reproductive Techniques: a Brazilian perspective **JBRA Assisted Reproduction.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 47-51, 2014.

STOLCKE, Verena. New reproductive Technologies. Same old fatherhood. In: **Critique of Anthropology**, vol. 6, n. 3, 1986. p.5-31.

STRATHERN, Marilyn. **Reproducing the future**: anthropology, kinship and the new reproductive technologies. New York: Routledge, 1992a.

STRATHERN, Marilyn. **After nature**: English kinship in the late twentieth century. Cambridge: Cambridge University Press, 2008b.

STRATHERN, Marilyn. Displacing knowledge: technology and the consequences for kinship. In: GINSBURG, Faye D. and RAPP, Rayna (eds.) **Conceiving the New World order**: the global politics of reproduction. Berkeley: University of California Press, 1995a.

STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães. In: **Revista de Estudos Feministas** n.2, 1995b. p. 303-329.

STRATHERN, Marilyn. Missing men. In: **American Ethnologist**, vol. 32, No. 1, 2005. p. 28-29.

TAMANINI, Marlene. Do sexo cronometrado ao *casal infértil*. In: GROSSI, Miriam, PORTO, Rozeli e TAMANINI, Marlene (orgs.). **Novas tecnologias reprodutivas conceptivas**: questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003. p. 123-136.

TAMANINI, Marlene. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: bioética e controvérsias. In: **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n. 1, 2004, p. 73-107. Disponível <http://www.scielo.br/> Acesso em: 25 Ago 2006.

TAYLOR, Janelle S &. WOZNIAC, Danielle F. (orgs.). **Consuming motherhood**. New Brunswick: Rutgers University Press, 2004.

THOMPSON, Charis. Strategic naturalizing: kinship in an infertility clinic. In: FRANKLIN, S. and MCKINNON, S. (orgs.) **Relative values**. Duke University Press, 2001. p. 175-202.

THOMPSON, Charis. **Making parents**: the ontological choreography of reproductive technologies. London: MIT Press, 2005.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2002, 20 Sup 2:S190-S198.

TURNER, Terrance. Anthropology and multiculturalism: what is anthropology that multiculturalists should be mindful of it? In: GOLDBERG, David T. (ed.) **Multiculturalism: a critical reader**. Cambridge/Oxford: Blackwell, 1994.

VARGAS, Eliane Portes. A figueira do inferno: os reveses da identidade feminina. **Revista de Estudos Feministas** vol. 7 n.1 e 2, 1999. p. 89-108.

VICTORA, Ceres. As imagens do corpo. Representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriações dos modelos médicos. In: LEAL, Ondina Fachel (Org.) **Corpo e Significado**. Ensaios de Antropologia Social. 2ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2001. p. 75-87.

VICTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela; OLIVEIRA, Francisco Arsego. A ambigüidade dos agentes comunitários de saúde. In: CAROSO, Carlos (Org.) **Cultura, Tecnologias em saúde e Medicina**. Perspectiva antropológica. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 247-256.

ZALUAR, Alba. A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 1994.

SOBRE O AUTOR

Pedro Nascimento é antropólogo, professor Associado do Departamento de Ciências Sociais (Campus IV) e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba. Bacharel em Ciências Sociais (UFPB, 1995), Mestre em Antropologia (UFPE, 1999), Doutor em Antropologia Social (UFRGS, 2009). Pesquisador do GRUPESSC - Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura e do Mandacaru - Núcleo de Pesquisas em Gênero, Saúde e Direitos Humanos. Tem como interesses de pesquisa gênero, saúde, família, estado e políticas públicas.



Este livro foi diagramado
pela Editora UFPB em 2020,
utilizando as fontes Cambria e Lora.

*“Eu sonho que eu tô grávida,
aí quando eu acordo, nada.
Eu fico o tempo todo pensando nisso.
Até vendo novela, eu vejo uma mulher
grávida e fico pensando se fosse comigo”.*

Esse é um livro sobre o sonho de ter um filho de sangue, um filho próprio, um filho biológico. A fina etnografia realizada por Pedro Nascimento nos revela como mulheres e homens em Porto Alegre/RS percebem o “problema” para engravidar e recorrem ao SUS e aos seus serviços de reprodução assistida.

A partir da ideia de “coprodução” entre vários agentes, como profissionais de saúde, indústria farmacêutica, o Estado, o casal e a rede de parentes, o antropólogo nos revela o quanto cabe e vai sendo acomodado dentro desse imenso e intenso desejo por ter filhos.

*Soraya Fleischer
Departamento de Antropologia
Universidade de Brasília*

