

RELAÇÕES DE GÊNERO, INFERTILIDADE E NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS

ROSANA MACHIN BARBOSA

Resumo: O texto aborda as novas tecnologias reprodutivas (NTRs) e a infertilidade através da experiência de mulheres e homens que buscaram uma gestação por meio dessas técnicas. Os relatos apresentados estão baseados em pesquisa realizada, durante o ano de 1998, em dois serviços voltados ao tratamento de situações de infertilidade: um público — Hospital Pérola Byington, em São Paulo, e outro privado — Cenafert (Centro de Endoscopia e Assistência à Fertilidade), em Brasília/DF. As NTRs são enfocadas no âmbito da tecnologia, da saúde reprodutiva e das relações entre os gêneros.

As novas tecnologias reprodutivas (NTRs)¹ podem ser consideradas como a manifestação mais recente do processo de medicalização social apoiado, atualmente, no primado da tecnologia por meio da expansão do mercado de novas técnicas e serviços médicos. Elas permitiram estender a vivência da maternidade e paternidade para as pessoas que, até então, não podiam ter filhos. Elas criaram as condições para que as mulheres, caso desejem, possam optar por uma gravidez tardia ao minimizar os efeitos da idade sobre seu material genético por meio da doação de óvulos e/ou embriões. Contudo, vêm reforçar a visão da reprodução como função inerente da mulher, como uma característica determinante do seu ser, prejudicando os avanços sociais conseguidos por meio de um longo processo de questionamento da relação mulher-natureza.

Vários estudos realizados sobre o tema abordaram suas principais repercussões em termos de efeitos à saúde das mulheres envolvidas, riscos inerentes aos tratamentos, implicações éticas e de filiação. No entanto, a experiência de mulheres e homens em busca de filhos por meio dessas técnicas é pouco conhecida.

1. Novas tecnologias reprodutivas, reprodução assistida ou tecnologia reprodutiva conceptiva são termos que designam um conjunto de técnicas médicas voltadas para o tratamento de situações de infertilidade, tais como fertilização *in vitro*, manipulação de embriões, amadurecimento e doação de óvulos, transferência, congelamento e armazenamento de embriões, uso de substâncias hormonais e inseminação artificial.

Partindo desse fato iniciei uma pesquisa sobre as novas tecnologias reprodutivas por meio do acompanhamento de dois serviços: um público - Hospital Pérola Byington, em São Paulo² e outro privado — Cenafert (Centro de Endoscopia e Assistência à Fertilidade, em Brasília/DF)³. A opção pela abordagem de dois serviços distintos teve por objetivo verificar a existência de diferenças no atendimento e na percepção dos sujeitos, que buscam, por meio do acesso às técnicas de reprodução assistida, realizar, por vias não naturais, o desejo de maternidade e paternidade. A pesquisa baseou-se no acompanhamento dos referidos serviços (rotinas, estrutura, procedimentos, população atendida, principais resultados) e na realização de entrevistas com 21 mulheres e 10 homens⁴, durante o ano de 1998.

Inicialmente, apresento de forma sucinta as novas tecnologias reprodutivas e os principais procedimentos envolvidos para posteriormente tratar da experiência de mulheres e homens no uso das NTRs.

As NTRs e a infertilidade

As técnicas podem ser divididas em dois grandes grupos, constituídos por técnicas utilizadas para proporcionar a fecundação dentro do corpo feminino ou fora dele. No caso das primeiras técnicas, ocorre a transferência de gametas para o corpo da mulher; no segundo caso é feita a transferência de embriões para o útero ou trompas. Outras técnicas, denominadas coadjuvantes a esses dois grupos, somam-se a essas.

No primeiro grupo incluem-se as técnicas denominadas de inseminação artificial. Substituindo a ocorrência da relação sexual, permitem a transferência de sêmen para o aparelho genital feminino, realizada pelo médico.⁵

As técnicas utilizadas para proporcionar a fecundação fora do corpo feminino recebem o nome de fertilização *in vitro* (Fiv) ou Fivete (fertilização *in vitro* com transferência de embriões). Nessa técnica, o encontro dos gametas ocorre num laboratório, a partir de células reprodutivas retiradas do próprio homem e da mu-

2. A maioria dos serviços voltados às novas tecnologias reprodutivas é privado. Contudo, há alguns serviços públicos ou ligados a universidades que atendem quem não tem condições de arcar com os custos de uma clínica privada. Esses serviços apresentam restrições de atendimento, grande demanda, necessidade dos usuários arcarem com despesas de medicação e, muitas vezes, só propiciam a utilização de algumas técnicas.

3. Trata-se de pesquisa realizada para a tese de doutorado em Sociologia BARBOSA, 1999.

4. A população entrevistada não constitui uma amostra obtida através de critérios previamente definidos. Trata-se de narrativas colhidas no intuito de dimensionar a experiência de mulheres e homens que fazem uso das novas tecnologias reprodutivas. O único pré-requisito para as entrevistas era estarem sob tratamento em ambos os serviços. No caso do serviço público as mulheres e homens foram entrevistados em sala cedida pelo serviço nos dias em que estavam no ambulatório para realizar algum procedimento, consulta ou exame. Nessa ocasião eram informados sobre a pesquisa e consultados sobre a disposição para falar. No caso das entrevistas da clínica privada, não tive acesso direto às usuárias e usuários. A embriologista chefe do laboratório de reprodução humana consultou as pessoas previamente para que autorizassem a indicação de seu nome para a entrevista.

5. Como trata-se de uma técnica simples há registros de sua ocorrência no âmbito doméstico sem a presença médica com a introdução de sêmen na vagina por meio de uma seringa.

lher ou obtidas através de doação de terceiros.⁶ Uma outra variação da Fiv é a ICSI (Intra cytoplasmatic semen injection/injeção intracitoplasmática de sêmen) quando ocorre a introdução de uma célula reprodutiva masculina dentro do óvulo por meio de técnicas de micromanipulação. Após a fecundação *in vitro* e intervalo de 50 a 70 horas, o embrião ou embriões formados são transferidos para o útero. Estabelecidas originariamente para responder às infertilidades femininas associadas ao fator tubário (trompas), essas técnicas são, hoje, empregadas em uma série de outras situações e são as que tem recebido mais inovações.

A partir do momento em que a mulher ou o casal procura um serviço voltado ao tratamento da infertilidade, vários procedimentos e etapas são agendados. Inicialmente é realizada uma série de exames (pesquisa básica) visando identificar o tipo de infertilidade do casal. Os exames constantes dessa pesquisa obedecem a uma ordem cronológica a partir do início do ciclo menstrual e, dependendo dos resultados, podem demandar a realização de outros complementares.⁷

É importante considerar que os tratamentos constituem ciclos, compostos de várias etapas. Após a realização da pesquisa básica, pode haver indicação para a realização de inseminação artificial ou de fertilização *in vitro*⁸. O processo tem início com a hiperestimulação hormonal da mulher, visando o amadurecimento de vários folículos ovarianos de uma só vez. Se num ciclo normal somente um óvulo fica maduro por mês, através da hiperestimulação hormonal cria-se um grande número de oócitos para fertilização.

Como os ovários produzem muitos oócitos, eles se tornam maiores e podem causar uma série de desconfortos abdominais. Os principais efeitos colaterais relacionados à utilização dos medicamentos são a formação de quistos, hipertrofia ovárica, distensão e dores abdominais, nervosismo, insônia, cólicas, cefaléia, além do risco de gravidez múltipla⁹. Contudo, o mais grave é a Síndrome do Hiperestímulo Ovariano, quando os ovários (a medicação estimula os dois ovários) crescem muito de tamanho, e ocorre um extravasamento de líquidos para a cavidade abdominal, havendo registros de óbitos decorrentes dessa síndrome.

A hiperestimulação hormonal pode implicar a produção de um número muito grande de óvulos que não são passíveis tecnicamente de congelamento. Nesse caso, os óvulos que excedem são fecundados e congelados sob a forma

6. A doação pode ser de células reprodutivas (óvulos ou espermatozoides) ou de embriões. Também pode ocorrer a doação temporária do útero, conhecida como mãe substituta ou útero de aluguel.

7. Os exames fazem parte do protocolo de vários serviços e são preconizados pela Organização Pan-Americana de Saúde e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria. Contudo, durante as entrevistas, localizamos vários casos de usuárias, particularmente, de clínicas privadas de não observância desses procedimentos.

8. Pode haver indicação também para a realização de alguma microcirurgia, por exemplo, quando se apresenta algum tipo de obstrução tubária, aderências na pelve ou mesmo ligadura tubária. Esses procedimentos nem sempre são aplicados, em virtude de sua baixa resolatividade, ou seja, tendem a fornecer apenas um pequeno aumento na chance de ocorrência da gravidez.

9. OMS, 1992. Há estudos que relacionam um aumento das chances de desenvolvimento de câncer no ovário e de mama, em decorrência do aumento da produção de estrogênio e progesterona causado pelo uso dessa medicação; ver PIZZINI, 1992.

de embriões para serem usados posteriormente pelos próprios depositários, encaminhados para doação ou para pesquisas.¹⁰

É importante considerar que um dos papéis da Fiv e Fivete é produzir óvulos e embriões, respectivamente, para pesquisas genéticas. As NTRs vão constituir a principal forma de captação desse material, ainda que a pesquisa não esteja necessariamente relacionada com o tratamento da infertilidade. Mas será exatamente esse tratamento que irá fornecer as justificativas para a realização de pesquisas com embriões como, por exemplo, a possibilidade de melhoria nas chances de gravidez e no processo de implantação do embrião.

Após a estimulação da ovulação e havendo uma produção de folículos, a mulher é encaminhada para a punção ovariana ou aspiração desses folículos, no caso de fertilização *in vitro*. Quando se trata de inseminação artificial, na data prevista, o material seminal é preparado e injetado na cavidade uterina.

No caso da Fiv o material coletado na punção ou aspiração dos folículos é encaminhado ao laboratório visando prepará-lo para a fecundação. A seguir, os embriões são transferidos para o corpo da mulher, após algumas divisões celulares. Aqueles embriões que excederam o número a ser transferido são encaminhados para o congelamento, conforme dito acima.¹¹ Finalmente, o ciclo pode implicar ou não na ocorrência de uma fase de gravidez e no nascimento ou não de um bebê. Deve-se considerar que cada uma dessas etapas pode implicar fracasso.

Os procedimentos relacionados as NTRs podem, à primeira vista, parecer simples. Contudo, são altamente sofisticados e pressupõem uma série de detalhes técnicos, o que contribui decisivamente para as baixas taxas de sucesso apresentadas pela técnica de Fiv, por exemplo.

Considerando que as técnicas voltadas à concepção são direcionadas ao tratamento de situações de infertilidade, é importante precisar essa situação. Os termos infertilidade ou infecundidade, usados como sinônimos pela literatura médica, indicam a incapacidade de conceber e de desenvolver uma gravidez, mas com uma acentuação relativa e temporânea.¹² Assim, a prevalência de infertilidade varia conforme a região e o grupo humano considerado havendo, por exemplo, maior prevalência de infertilidades sem causa aparente em países desenvolvidos, onde os sistemas de saúde são mais eficazes em diagnosticar e tratar doenças infecciosas pélvicas, enquanto entre os países pobres predominam fatores relacionados a causas infecciosas.¹³

10. A pesquisa em embriões é assunto muito controverso, sendo proibida em vários países, entre os quais Alemanha, França e Brasil. CORRÊA, 1997.

11. No serviço público pesquisado, por exemplo, como não há congelamento de embriões, são transferidos até quatro para o útero da mulher, sendo os demais colocados na vagina. As normas do Conselho Federal de Medicina preconizam a transferência de até quatro embriões por ciclo. Contudo, há profissionais que transferem número superior no intuito de aumentar as chances de gravidez. Conselho Federal de Medicina, 1994, e BARBOSA, 1999, p. 106.

12. PIZZINI & LOMBARDI, 1994.

13. OMS, 1992, p. 2.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a infertilidade se define como a situação de não concepção, depois de dois anos de relacionamento sexual sem uso de medidas contraceptivas. Com o desenvolvimento da tecnologia reprodutiva, os conceitos de infertilidade vem sendo revistos havendo questionamento em relação ao período estabelecido pela OMS. A disponibilidade da técnica tem sido, na realidade da prática clínica, um importante fator para conduzir os casais à procura de uma solução, antes de esperar muito tempo pela sua obtenção por meio de relações sexuais. Assim, um dos artificios usados com frequência para estimar as chances de gravidez em relação a cada ciclo menstrual decorre de inferências teóricas estabelecidas a partir do surgimento das técnicas de fertilização *in vitro*. Tais considerações, na verdade, tendem a aproximar as situações naturais de reprodução daquelas medicamente assistidas visando apresentar as NTRs como mais eficazes e seguras do que as relações sexuais como meio de obtenção de uma gestação.

Na verdade, estamos falando em por quanto tempo é possível tolerar um desejo insatisfeito de conceber, numa situação de infertilidade relativa ou temporária, em meio a uma franca oferta das técnicas.¹⁴

Interessante observar que as definições não fazem referência alguma a possíveis causas ou a outros fatores, não imediatamente fisiológicos. A idéia de que fatores subjetivos, não orgânicos, possam resultar em infertilidade temporária ou definitiva é excluída *a priori*.¹⁵ O encontro erótico entre o homem e a mulher e o processo de fecundação, situações repletas de complexidade, são traduzidas pelo discurso médico como eventos a serem medicalizados.

Do ponto de vista médico-epidemiológico, a prevalência da infertilidade é muito mal conhecida, sendo poucos os dados relativos à população em geral¹⁶. Contudo, pode-se dizer que, entre os fatores femininos, a inflamação pélvica é um dos principais responsáveis pela infertilidade, causando bloqueios e infecções tubárias¹⁷. Se algumas causas da infertilidade não podem ser prevenidas, os fatores apontados são quase todos passíveis de prevenção pois resultam do tipo de atendimento à saúde facultado à população feminina e do uso abusivo de

14. Montgomery, em recente estudo com um grupo de cinquenta casais inférteis, verificou que, independente do nível sócio-cultural e do nível de informação, 65% dos casais não tinham qualquer conhecimento básico sobre a fisiologia da reprodução e 58% tinham idéia da vantagem de relações sexuais próximas às ovulações. Também constatou que quando se trata de infertilidade, é alto o índice de "distúrbios de percepção, de pensamento e de discriminação lógica e criteriosa das expectativas" em relação ao sucesso e ao insucesso ante os tratamentos. MONTGOMERY, 1997.

15. Nos dois serviços acompanhados, a profissional — psicóloga — está presente para referendar a situação psicológica dos casais que pretendem submeter-se a algum procedimento em reprodução assistida.

16. Pode-se dizer que o fator masculino e o fator feminino são responsáveis, cada um, por 40% dos casos de infertilidade, sendo os 20% restantes de origem combinada. SPINELLI & PEDICONI, 1994, OMS, 1992, p. 6, TOGNOTTI & PINOTTI, 1997.

17. Os principais fatores relacionados à infecção pélvica são: doenças sexualmente transmissíveis (gonorréia, clamídia), doenças não transmitidas sexualmente (tuberculose, esquistosomose), práticas relacionadas ao aparelho genital feminino infecções pós-parto e infecções relacionadas ao aborto (mais freqüentemente no caso de ilegais). OMS, 1992, p. 6.

tecnologias reprodutivas (contracepção mal orientada, excesso de partos cesáreos e esterilização cirúrgica), havendo uma menor participação dos fatores congênitos.

Ademais, a maior presença da mulher no mercado de trabalho, além da possibilidade de poder definir o momento oportuno de uma gravidez, tem levado muitas mulheres a adiarem o projeto de maternidade¹⁸. Essa situação pode implicar maiores problemas na hora de conceber, devido à queda da fecundidade da mulher, com a idade, e ao efeito do uso de contraceptivos, por longo tempo, que pode acarretar estados mais ou menos duradouros de infertilidade, estimulando a demanda por novas tecnologias reprodutivas.

Perfil da população entrevistada

No Hospital Pérola Byington o atendimento é totalmente gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁹. O hospital está localizado na cidade de São Paulo e recebe para triagem, interessadas encaminhadas por outras unidades de saúde, do Estado ou do município²⁰. Em um universo de 21 mulheres e 10 homens, a idade das mulheres variou de 27 a 41 anos e a dos homens, de 28 a 37 anos. Todas as entrevistadas e entrevistados são casados ou se encontram em união não legal com seus parceiros²¹. É predominante entre as entrevistadas baixa escolarização (ensino fundamental), havendo contudo algumas com curso superior. A maioria das mulheres (12) exercia atividade remunerada na ocasião da entrevista, três estavam desempregadas e duas eram donas-de-casa. Todos os homens ouvidos exerciam atividade remunerada na ocasião.

Na clínica privada, Cenafert, em Brasília, todas as despesas correm às custas dos interessados, sendo contudo possível que alguns exames sejam cobertos por convênio médico, quando realizados fora do próprio serviço. Com relação ao perfil dos/as usuárias/os, com exceção de um entrevistado, todas/os as/os demais tinham curso superior. Havia predomínio de casadas/os e todas/os trabalhavam. A idade das mulheres variou de 33 a 43 anos e a dos homens entre 29 e 33 anos.

Refletindo a desigualdade social e racial existente na sociedade brasileira, as mulheres negras estão presentes em maior número no serviço público voltado à infertilidade; num total de dezoito, foram quatro entrevistas. Das entrevistadas

18. Brandi, referindo-se a estudo da American Society for Reproductive Medicine, revela que pelo menos 20% das mulheres esperam para ter filhos após os 35 anos. BRANDI et alii, 1997.

19. O serviço do Hospital Pérola Byington foi iniciado em 1991. Para se ter uma idéia passaram por seu Ambulatório de Esterilidade, entre 1993 (jan./dez.) e 1998 (agosto), 7.583 mulheres. BARBOSA, 1999, p.146.

20. Entre as interessadas também existem várias procedentes de outros estados do país em razão da inexistência desse tipo de serviço nessas localidades.

21. Para a participação no programa, preconiza-se que a mulher tenha um parceiro fixo há pelo menos um ano. Esse procedimento, segundo informação do serviço, deve-se ao fato de ser grande o número de exames necessários para diagnosticar o tipo de infertilidade e definir o procedimento a ser adotado. Se houvesse mudança de parceiro, os exames teriam de ser repetidos, implicando um maior custo para o serviço, além de aumentar o tempo de espera na fila. Apesar de as NTRs facultarem a vivência da maternidade para mulheres solteiras ou casais de mesmo sexo, não localizei mulheres nessa situação para entrevista.

da clínica privada, todas são brancas.

Entre as mulheres entrevistadas no serviço público predomina a busca pela maternidade após alguns anos de união com seus parceiros. A maternidade aqui é referida como o "atributo essencial da mulher". A atividade profissional, o trabalho, é exercido pela maioria sem, no entanto, aparecer como um valor fundamental em suas vidas.

Entre as entrevistadas da clínica privada, praticamente todas fizeram a opção pela gravidez tardia em face do desenvolvimento profissional. A carreira é bastante valorizada e a maternidade surge como mais uma experiência que se objetiva viver. Assim, uma das entrevistadas menciona "já tenho tudo, só falta a maternidade".

Os diagnósticos e os procedimentos

Considerando a causa de infertilidade na ocasião da entrevista, observa-se a prevalência de obstrução tubária, com dez indicações, seguida de ligadura tubária e fator masculino, com cinco menções cada, esterilidade sem causa aparente, com quatro menções, incompatibilidade no casal²², seqüelas de aborto, anovulação e endometriose, com uma indicação cada, e um entrevistado que não soube informar a causa de infertilidade da esposa²³.

As mulheres que se submetem à realização de ligaduras tubárias constituem um conjunto considerável daquelas que buscam as novas tecnologias reprodutivas²⁴ no serviço público. Durante a pesquisa foi recorrente a menção pelas mulheres da busca de uma nova gestação, após a realização de ligadura tubária e um novo casamento²⁵.

Tenho três filhos do primeiro casamento, com 17, 14 e 12 anos; eu tive filhos com 15 anos, com 20 eu já tinha os três filhos. Só que foi uma gravidez assim, sabe aquela gravidez que nem cachorro, você tem um marido e tem um parceiro mas é a mesma coisa que não ter ninguém, foi muito sofrida, e aí eu casei de novo. Com quinze eu amiguei, perdi a minha mãe, tudo, foi uma coisa muito difícil para mim. A minha primeira filha é só minha filha, porque eu fui estuprada (...) Eu arrumei esse outro companheiro, que começou a gostar de mim mais do que eu dele, porque ele tem 50 anos. Quando me conheceu ele tinha 35 anos, eu 16 e já tinha a minha filha,

22. É quando a mulher produz anticorpos antiespermatozóides.

23. Não foi possível obter junto aos serviços consultados a prevalência dos tipos de infertilidade segundo a população atendida, pois essas informações não se encontram informatizadas. Segundo levantamento realizado, no Setor de Esterilidade Conjugal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, excluídas as causas combinadas, 20% dos casos referem-se a fator masculino, 49% a fator tubo-peritoneal, 15% a fator endócrino, 8% a fator uterino corporal, 5% a fator cervical e 3% a esterilidade sem causa aparente. TOGNOTTI & PINOTTI, 1997, p. 6.

24. Um dos médicos do Hospital Pérola Byington chegou a estimar em 70% o número de mulheres que procuram o serviço, no intuito de buscar uma nova gravidez após a realização de ligadura tubária. Trata-se de uma estimativa bastante alta e, infelizmente, não passível de confirmação pelos dados disponíveis.

25. Chegou-se a não registrar algumas conversas, pois os casos de tentativa de gravidez após ligadura tubária se repetiam. Em geral, as experiências relatadas revelam mulheres que fizeram ligadura tubária muito jovens e hoje estão arrependidas.

amigui com ele e tive mais dois. Mas não é aquela coisa que eu queria (...) foi muito sofrido apanhava muito dele, muito estúpido, sofri muito (...) Casei de novo, falei que nunca mais ia gostar de ninguém, estava tão revoltada que não queria saber de nada, separei porque ele usava drogas, tanto que ele morreu de HIV positivo em 89. As crianças eram pequenas e, então, peguei tudo que tinha me separei dele e fui morar sozinha, eu levei os três. Agora, casei de novo, e ele quer ter um filho e eu estou louca para ter um filho. A relação é legal ele me trata bem (...) nossa meu maior sonho é esse²⁶.

A história de Cleide revela uma situação de violência pessoal, mas também reflete a ausência de uma política pública voltada à assistência integral à saúde da mulher, que forneça orientação e acesso a métodos contraceptivos. Ela fez ligadura tubária aos 21 anos: "estava com meu marido e, se tivesse mais um filho com ele, ficava doida (...) não tinha orientação de ninguém, eu nunca tive orientação nenhuma".

Os diagnósticos definidos como infertilidade ou esterilidade sem causa aparente talvez sejam aqueles vividos com mais dificuldade pelas mulheres, por não apresentarem nenhum problema específico fisiológico ou físico, passível de apreensão. Nesse caso, em regra, os serviços iniciam um tratamento a partir de procedimentos ditos menos invasivos, podendo ser seguidos por fertilização *in vitro*, caso os primeiros não apresentem resultados satisfatórios. Assim, em face de uma infertilidade específica para a qual a Fiv possa ser uma indicação terapêutica, como no caso de obstrução tubária, em que a infertilidade foi criada, por exemplo, pode-se chegar ao seu uso para qualquer situação que não tenha resultados positivos com o uso de outras técnicas.

Se muitas mulheres encontram, na ligadura tubária, uma maneira de lidar com a fertilidade que pode se traduzir posteriormente em arrependimento, também ouvimos o relato de mulheres que, em função do atendimento médico recebido, podem ter se tornado candidatas ao uso das NTRs.

E quando faltava quatro dias para quatro meses eu abortei. E daí desse aborto é que surgiu o problema, porque o médico que fez a curetagem, ele deixou um resto de feto no meu útero. Não chegou a ter infecção, mas fiquei sangrando praticamente durante dois anos, era uma coisa inexplicável. Até os médicos não entendem como eu sobrevivi (...) Procurei vários médicos e fizeram curetagens em mim. Eu fiz quatro curetagens (...) É, já tinha passado por tanto médico que eu já tinha desistido. Eu achava que tinha uma doença incurável e eles não queriam me falar (...) Depois do aborto, não consegui mais engravidar.²⁷

O caso de Fátima chama atenção pelo número de curetagens a que se submeteu em tão pouco tempo. Ademais, no intervalo dessas curetagens chegou a usar DIU.

26. Cleide, 33 anos, negra, funcionária pública municipal, ligadura tubária, tem três filhos, serviço público. O nome das entrevistadas foi alterado para manter seu anonimato. Após cada citação segue-se nome, idade, ocupação, causa da infertilidade, número de filhos, se houver, e tipo de serviço do qual é usuária.

27. Fátima, 34 anos, parda, desempregada, serviço público.

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

Olha, eu acredito que o meu médico, ele errou, porque o primeiro exame que eu fiz com ele, depois dos exames comuns de uma ultra-sonografia e de um papanicolau, foi uma viodeolaparoscopia (...) Eu insisti muito com ele antes de fazer esse exame (...) E ele me dizia "não, é só um exame, não tem nada, você vai tomar uma anestesia porque não tem condições de ficar acordada, mas não vai doer (...) você vai sair daqui no outro dia e vai poder trabalhar" (...) Fiquei uma semana no hospital e mais quinze dias em casa. Falei, isso não vai dar certo, vou morrer num desses exames, porque o próximo, se ele resolver fazer alguma coisa que diz que vai ser comum e eu passar por uma situação dessa, não vou mais fazer.²⁸

Joana, casada há 11 anos, chegou a ficar 10 anos de um convênio médico a outro fazendo exames para definir porque não engravidava. Sandra também revela ter passado cinco anos fazendo exames por meio de convênio médico de sua empresa, sem conseguir chegar a um diagnóstico. Igualmente se registram casos de homens com trajetória similar. São contínuas investigações médicas sobre o que já se sabe e realização de procedimentos para os quais não se esperam resultados positivos²⁹. Segundo Lopes³⁰, muitos médicos ficam segurando o casal, adotando terapias pouco eficazes, por não disporem de tecnologia para tratamentos mais sofisticados.

Os procedimentos relacionados às NTRs implicam no estabelecimento de um controle minucioso sobre o corpo e seus sinais. A maioria dos procedimentos utiliza-se da indução da ovulação que pode provocar uma série de alterações físicas e emocionais. "É uma medicação que mexe com o organismo da gente, incha o seio, incha a barriga, dá um mal estar, dá dor de cabeça (...) isso daqui também é um sofrimento porque a gente toma medicação, tem efeitos será que não estou estragando a minha saúde? Eu tenho medo sim, eu acho que é normal, principalmente da última vez que apareceu aquele probleminha, aquele cisto eu fiquei assustada".³¹ Nice revela com muita propriedade os incômodos e problemas decorrentes da estimulação ovariana.

Pega um organismo saudável e começa a mexer, você vai ter conseqüências, seu corpo reage na hora, apareceram nódulos nos seios, aí eu parei, apareceram 5 ou 7 e fui no mastologista (...) Depois de todo esse processo, voltei a estimular e

28. Zilda, 30 anos, branca, desempregada, serviço público.

29. Na realidade, os planos e seguros privados de saúde não cobrem gastos com reprodução assistida, com as técnicas em si. Eles cobrem, às vezes, alguns procedimentos laboratoriais e exames que são utilizados na pesquisa básica para identificar o problema de infertilidade. Em regra, tratam-se de exames de custo considerável e que, muitas vezes, podem ser realizados desnecessariamente. Como parte das pessoas que fariam uso dessas técnicas não dispõem de recursos para um tratamento de custo elevado e pouca resolutivez, parece ser freqüente que fiquem passando de uma clínica a outra.

30. Informação fornecida pelo Dr. Joaquim R. C. Lopes em entrevista. RODRIGUES, no prelo.

31. Zilda, 30 anos, branca, desempregada, infertilidade sem causa aparente, serviço público.

apareceu um cisto folicular, comecei a tomar pílula como uma forma de atacar o cisto. Felizmente, deu certo, então é por isso que o processo se arrasta, porque não foi assim: um mês tentou, depois outro. Um mês, o endométrio está estimulado, no outro, não aparece foliculo. E sempre é muito progressivo. Foi sempre uma coisa que me preocupou, está aumentando a dosagem, primeiro foi só uma estimulação e não deu certo. Eu engordei 6 quilos. A coisa hormonal é mais grave ainda, você fica manipulada quimicamente, eu tive diversas perdas emocionais. Quando comecei a pensar na Fiv agravou, porque a dose de remédio é cavaluar, é impressionante o tanto de remédio que se toma, são três injeções por dia, na barriga.³²

Os efeitos dos procedimentos e medicamentos são muitas vezes percebidos como um risco, pelas mulheres, um risco pessoal e calculado, ao qual se submetem para tentar responder a um desejo pessoal, do marido e, também, social pela maternidade. Nice, por exemplo, fala que não vai desistir e durante a entrevista forneceu indícios de sua situação. Seu companheiro, dez anos mais novo que ela, não tem filhos e é filho único. Ela diz não sofrer pressão pela gestação, mas acredita não poder ser a responsável pelo fato de a família dele não ter uma descendência.

Se a concepção natural envolve somente o casal, nas NTRs outras figuras estão relacionadas, como o médico, o biólogo, os técnicos de laboratório, influenciando no resultado final do processo. E, nessas situações, os casais precisam preencher certos requisitos sociais e psicológicos, estipulados e avaliados pela equipe médica, para serem admitidos nos programas. A cada tentativa com resultado negativo, surge uma grande depressão, que só é superada pelo fato de, quase sempre, se apresentar aos casais uma chance de tentar novamente³³. Nesse sentido, é interessante observar que as novas técnicas vão trazer possibilidades quase ilimitadas de tentar um filho biológico. Assim, as doações de material reprodutivo humano (óvulos, sêmen e embriões), a possibilidade da gestação ocorrer no corpo de uma terceira pessoa (mãe substituta) e o surgimento da ICSI, técnica de grande aplicação nos casos de infertilidade masculina, ampliaram substantivamente o mercado de reprodução humana³⁴.

Em Brasília, os serviços do Hospital Materno-Infantil e do Cenafert, em parceria, realizam um programa de doação compartilhada de óvulos. Nele, uma mulher (receptora), com indicação para recepção de óvulos (usuária da clínica privada), doa a medicação para hiperestimulação ovariana a uma usuária (doadora) em

32. Nice, 38 anos, branca, funcionária pública federal, clínica privada.

33. Como o tratamento apresenta pouca resolutividade, ou seja, a chance de ter que repetir o procedimento é muito grande, algumas clínicas chegaram a criar um 'pacote' aos clientes, que inclui os custos de até três tentativas (Fiv), podendo chegar a cerca de R\$ 20.000,00. Caso a cliente consiga engravidar da primeira vez, o valor restante não é devolvido. Se tiver que repetir o procedimento novamente, estaria tendo um 'certo desconto' em relação ao valor total das três tentativas.

34. Perguntados se hoje as pessoas apresentam resistências em face do uso de algumas técnicas de reprodução assistida, os médicos da área revelaram que, no começo, haviam várias resistências, com casais recusando-se a fazer vários procedimentos como, por exemplo, recepção de material doado e útero de aluguel. Mas, atualmente, há maior aceitação das técnicas, em razão, de sua banalização.

atendimento no serviço público, sem recursos para aquisição da medicação, mas portadora de infertilidade e com indicação para realização de Fiv. A doadora doa metade dos seus óvulos para que sejam inseminados com os espermatozoides do marido da receptora. A outra metade é inseminada com os espermatozoides do marido da doadora.

Esse programa revela o quanto as NTRs podem produzir classes distintas de mulheres. Por um lado, mulheres que dispuseram de assistência adequada à saúde durante sua trajetória reprodutiva e que, diante de uma situação de infertilidade, buscam uma gestação por meio das NTRs. Por outro, mulheres que podem ter tido dificuldades no atendimento de suas demandas por saúde reprodutiva e, diante de uma infertilidade, precisam "doar" seus óvulos para terem acesso às técnicas.

O fato de a ciência facultar essas tecnologias tende a criar as condições para o não estabelecimento de limites pessoais às tentativas e à busca. O limite, o momento de parar, acaba sendo dado sempre pelo outro, o médico. "Na verdade eu vou até onde é o limite, porque se você falar para mim que pode 20 inseminações, 10 bebês de proveta, eu estou aqui, pronta para isso. Não tem esse negócio, vou tentar mais duas, se não der certo eu páro, mesmo porque vai dar certo. Enquanto eles estão acreditando em mim, eu também estou acreditando neles, estão achando que pode dar certo, eu também estou confiante nisso".³⁵

Gênero e infertilidade: um campo de tensões, conflitos e negociações

Quando os casais resolvem procurar uma ajuda médica para lidar com o fato de a gravidez não acontecer, após algum tempo de tentativa, iniciam um longo processo que busca estabelecer um controle objetivo e detalhado sobre suas vidas. Essa interferência médica na reprodução e sexualidade altera a percepção do corpo e do processo reprodutivo. Para as mulheres, o corpo é visto com culpa e como se fosse portador de uma doença grave. Ele é representado como algo que está errado, que não funciona adequadamente. A menstruação é o sinal mais evidente dessa inadequação, sendo encarada com extrema negatividade. A própria reprodução passa a ser explicada em termos de uma narrativa complexa em torno da concepção, marcada pela relação da tecnologia com a medicina. A concepção deixa de ser vista como um encontro erótico entre um homem e uma mulher transformando-se num evento mecânico. "A vida sexual era uma barbaridade (...) você tem que comer e não está com vontade, não está com fome e tem que ser hoje, amanhã e depois, então era assim meio ruim".³⁶ "Me agrada muito essa união sexual; agora é mecânico,

³⁵. Sandra, 29 anos, branca, telefonista, anovulação, serviço público.

³⁶. Laura, 43 anos, branca, ligadura tubária, 3 filhos, clínica privada.

mandado pelo médico, não é a melhor possibilidade (...) é uma experiência muito ruim (...) tinha que transar à força".³⁷

As entrevistadas relatam histórias em que os maridos e companheiros "dão muito apoio" durante o tratamento. Contudo, expressam que a maioria de fato apóia qualquer decisão tomada por elas. Ou seja, não se compartilha a situação; a questão da reprodução, dos filhos, é algo que diz respeito à esfera de responsabilidade feminina e cabe a ela decidir continuar com o tratamento ou não³⁸.

É importante considerar que as mulheres que vivenciaram uma primeira união marcada por desentendimentos com seus companheiros, violência e abusos e, após uma separação, realizam um segundo casamento ou união, tendem a valorizar substantivamente essa relação, por possibilitar a vivência de sentimentos que não existiam na primeira relação. Em regra, essa valorização costuma traduzir-se numa dívida para com o "bom marido", que um filho poderia resgatar.

Como as relações entre os gêneros estão fundadas num caráter de não equidade e a identidade das mulheres ainda está fortemente associada à maternidade, proporcionar ao marido um filho parece ser a única maneira encontrada pelas mulheres de 'agradecer' a presença desses homens em suas vidas. Sua impossibilidade, ou dificuldade, gera uma situação de culpa e incapacidade muito grande³⁹. "Ele me dá apoio, dá mais vontade de lutar. Mas uma coisa eu sei, eu vou até o fim, eu vou conseguir. Ele merece um filho e eu vou dar a ele, nem que seja a última coisa que eu faça neste mundo".⁴⁰

Ser infértil, não conseguir conceber, chega a gerar sentimentos de inveja e até raiva daqueles que têm filhos. Há casos revelados de muita cobrança familiar, social e dos parceiros pela gravidez. Muitas vezes, as mulheres se sentem cansadas, frustradas e desgastadas com as tentativas, e até gostariam de buscar outras alternativas, como a adoção, ou desistir dessa busca, mas costumam encontrar resistência por parte de seus maridos que valorizam o laço biológico. "Eu já estava decidida: se der negativo, não faço mais; adoto uma criança, apesar do meu marido ainda não estar disposto. Ele falava que tinha de tentar o máximo até quando não tivesse mais jeito. Aí a gente poderia pensar nessa possibilidade. Mas para mim, já teria desistido, já teria adotado uma criança".⁴¹

37. Edson, 33 anos, branco, economista, fator masculino, clínica privada.

38. Os relatos ouvidos dos homens, todos muito concisos ao falarem da questão, revelam haver uma distância entre as percepções masculinas e femininas, decorrentes desse processo. Há homens que sequer sabem mencionar qual é o problema de infertilidade que sua parceira tem. Essa situação pode guardar relação com o fato de todos os procedimentos ocorrerem no corpo da mulher, mesmo quando a infertilidade é masculina.

39. Acredito que a maternidade é vista como uma realização socialmente desejada. Contudo, é valorizada dentro de determinados parâmetros. Assim, o princípio da família pequena, com um ou dois filhos é, muitas vezes, visto como o modelo a ser seguido, especialmente, para as famílias de baixa renda. Os setores sociais que defendem políticas de controle da natalidade, freqüentemente, utilizam as famílias pobres com muitos filhos, como um exemplo do problema que deve ser eliminado.

40. Fátima, 34 anos, parda, desempregada, seqüelas de aborto, serviço público.

41. Cláudia, 30 anos, branca, microempresária, obstrução tubária, serviço público.

Pode-se dizer que as NTRs propiciam o reforço a um tipo de ordem social na qual o recurso à solução médica é mais adequado do que a consideração de soluções sociais alternativas. Ademais, a oferta de tecnologia médica na reprodução pode ser caracterizada por uma indistinção entre oferta e demanda.

O fato de a identidade masculina estar associada à sexualidade pode tornar uma situação de ausência de filiação um questionamento de sua masculinidade/virilidade. Optar pela adoção como uma alternativa à impossibilidade de gerar filhos pode representar, para muitos, um atestado de sua incapacidade enquanto homens.⁴² Esse pode ser um dos principais motivos que fazem os homens almejam tanto um filho biológico.

A crença na idéia de que as NTRs podem proporcionar o acesso ao 'próprio filho' choca-se com o fato de que essas técnicas têm atribuído, crescentemente, um papel fluido ao 'sangue' e aos laços biológicos. Ao mesmo tempo que valorizam os laços biológicos ao permitirem aos casais inférteis o acesso ao 'seu próprio bebê', concomitantemente, possibilitam a separação do parente biológico do parente social, com as técnicas de doação de óvulos, espermatozoides, embriões e mãe substituta ou de aluguel. No entanto, nessas situações, os procedimentos adotados acabam por reforçar os laços biológicos, ao buscarem continuamente a adequação fenotípica entre doadores e receptores, numa tentativa de camuflar a engenhosidade humana que permite uma descendência para pessoas estéreis.⁴³

O sucesso das técnicas

A maioria dos entrevistados tomou conhecimento sobre os procedimentos e as novidades nessa área através da mídia impressa e, particularmente, da televisão. Os casos de sucesso apresentados na mídia figuram como importante estímulo aos casais que encontram dificuldades para engravidar. Esses sucessos são excepcionais diante do número de pessoas que utilizam as técnicas, mas cumprem um importante papel de propaganda do que a reprodução assistida pode fazer — trazer o tão almejado bebê. Aliás, criam uma ilusão de acesso e poder que, no entanto, é diferenciada. Muitos vão continuar apenas sonhando pois o alto custo não permitirá qualquer tentativa. Outros, independente de poderem arcar com as despesas, encontrarão insucessos em razão do baixo desempenho das técnicas.

Nice fez várias tentativas sem sucesso e reflete sobre o marketing envolvido na reprodução assistida e nas reais chances de êxito dessas técnicas. "A gente

42. Entre os relatos masculinos está presente um sentimento de falência social em face da ausência de filhos. Nos casos de infertilidade masculina, em regra, fazem com que a mulher assuma socialmente o problema. A necessidade de atestar sua fertilidade talvez possa explicar o fato de se encontrar muitos casais, com filhos de outros casamentos, em busca de uma nova gestação por meio das NTRs.

43.³ É como se houvesse um certo receio da natureza nos arranjos socialmente estabelecidos. Assim, por exemplo, o anonimato na doação figura como uma estratégia de manipulação das origens genéticas. A esse respeito SALEM, 1995.

chega lá na clínica, vê um monte de bebê, se entusiasma, sendo que 10 é para o marketing dele (médico), que aquilo o efeito psicológico é fantástico. Porque fica assim eu quero é esse, eu quero é esse, me dá esse".⁴⁴ "Às vezes, a gente fica muito tempo sem ver nenhuma das colegas grávidas e pensa, será, meu Deus, que eu estou aqui e não vai resolver, será que não resolve para ninguém? Quando aparece uma ou outra grávida, a gente anima novamente, vamos continuar que vai dar certo".⁴⁵

As técnicas têm sido divulgadas como um avanço extraordinário, ao mesmo tempo que chegam a ser apresentadas de maneira a parecerem simples, acabando por reforçar a propaganda de sucesso e êxito da ciência. Essa intensa divulgação contrasta com a dificuldade de acesso a elas e sua baixa *performance*.

A avaliação dos resultados da Fiv é feita mediante a chamada taxa de sucesso. Como o ciclo Fiv compreende uma seqüência de atos, que se relaciona com outros eventos, como a implantação do embrião, a evolução de uma gravidez e o nascimento de um bebê sadio ou não, as taxas de sucesso expressam uma relação entre o resultado e o número de fases do processo envolvidas. Nesse sentido, o desempenho da técnica pode ser maquiado dependendo da escolha de uma ou outra variável.

A taxa de sucesso tem sido medida definindo-se cada ciclo de hiperestimulação hormonal como tentativa ou caso, sendo essa a forma recomendada pela OMS. Apresento a seguir, dados relativos aos procedimentos realizados pelos dois serviços consultados.

Procedimentos	Resultados	
	1995 n.º. abs.	1996 n.º. abs.
Ciclos iniciados	154	171
Ciclos com aspiração folicular	104	132
Ciclos cancelados	50	39
Ciclos com embriões transferidos	66	118
Gravidez clínica	9	29
Aborto espontâneo	0	14
Nascimentos a termo*	9	15
Bebês em casa	9	15
% de Bebês em casa por:		
Ciclo iniciado	5,84	8,77
Transferência	13,64	12,71
Gravidez clínica	100,0	51,72

(*) 37 semanas ou mais. Fonte: BARBOSA, 1999, p. 121.

Ciclos de tratamento, gravidez e bebês em casa segundo ano

Hospital Pérola Byington (SP)

De 733 mulheres atendidas no Ambulatório de Esterilidade, no ano de 1995, 154 iniciaram ciclos de estimulação ovariana; no ano de 1996, de 869 atendimentos, 171 mulheres começaram ciclos de estimulação. Do total de

44. Nice, 38 anos, branca, funcionária pública federal, obstrução tubária, clínica privada. Ela se refere a um painel que fica na entrada, na recepção da clínica, repleto de fotos de bebês sozinhos, no colo dos pais ou junto com o médico, muitas fotos tem gêmeos ou trigêmeos. Outras entrevistadas mencionaram o "efeito estimulante" de um painel desses.

45. Zilda, 30 anos, branca, desempregada, infertilidade sem causa aparente, serviço público.

ciclos de estimulação iniciados em 1995, somente 5,84% resultaram em bebê em casa, mesma taxa apresentada de gravidez clínica⁴⁶, já que não foram registrados abortos ou gravidezes ectópicas. Para o ano de 1996, há um aumento da taxa de gravidez clínica e bebês em casa, apesar de haver registro de aborto espontâneo e gravidez ectópica. Considerando as taxas de bebês em casa, real objetivo daqueles que se submetem a essas técnicas, temos resultados muito baixos, em face das expectativas criadas em torno desses tratamentos.

Ciclos de tratamento, gravidez e bebês em casa segundo ano

Cenafert - DF

Na clínica privada, os resultados dos procedimentos indicam números bastante próximos daqueles observados no Registro Latino Americano, do qual a clínica também faz parte e daqueles divulgados pelos registros americano e francês⁴⁷. Chama a atenção a ocorrência de um maior número de gestações gemelares e

trigêmeles em relação ao observado no serviço público. Não obstante, pode-se considerar que, em ambos os casos, não se observam diferenças muito substanciais entre os resultados, com as chamadas taxas de sucesso girando em

Procedimentos	Resultados	
	1995 n.º. abs.	1996 n.º. abs.
Ciclos iniciados	61	105
Ciclos com aspiração folicular	51	97
Ciclos cancelados	10	8
Ciclos com embriões transferidos	51	95
Gravidez clínica	13	23
Aborto espontâneo	2	4
Nascimentos a termo*	9	14
Bebês em casa**	11	17
% de Bebês em casa por:***		
Ciclo iniciado	18,03	16,19
Transferência	21,57	17,89
Gravidez clínica	84,61	73,91

(*) 37 semanas ou mais

(**) Em 1995, incluem 1 prematuro e 1 trigêmele prematuro. Dos nascimentos a termo, três foram gemelares. Em 1996, incluem 1 gemelar e 1 trigêmele prematuro e 4 nascimentos a termo gemelares. Registra-se também morte neonatal de 2 bebês prematuros e de 1 trigêmele prematuro.

(***) Para efeito de cálculo, nos casos de bebês gemelares ou trigêmeles, foi considerada a existência de ao menos 1 bebê em casa.

Fonte: BARBOSA, 1999, p.123.

46. As NIRS possibilitaram o surgimento de alguns tipos de gravidez. Como a dose de medicação é muito alta ela interfere no resultado dos testes de gravidez indicando, não raro, um falso positivo. Assim, fala-se em gravidez química quando o teste é positivo mas não passível de checagem por meio de ultra-som; gravidez clínica é quando ocorre confirmação da existência de saco gestacional. Nesse sentido, um serviço pode apresentar resultados mais interessantes (taxa de sucesso) se considerar os dados de gravidez química no conjunto das informações.

47. Há poucos dados sobre os resultados clínicos das técnicas, pois nem todos os países têm registros nacionais. Naqueles que dispõem desses, a informação é muitas vezes voluntária, portanto, não completa. Ademais, os dados que faltam podem ser de centros com resultados deficientes afetando a *performance* global das técnicas. Nos Estados Unidos, a partir de 1986, o registro nacional dos dados foi centralizado pela American Fertility Society e correspondem a 90% das clínicas existentes no país. Na França, o registro é voluntário e centralizado por um banco de dados chamado Fivnat. Na América Latina, o Registro Latinoamericano de Reprodução Assistida é publicado, desde 1990, com informações voluntárias de vários centros de Fiv. Os dados do ano de 1995 incluem 14 centros brasileiros, entre eles os dois serviços aqui tratados. Ver BARBOSA, 1999, p. 112, e ZEGHER-HOCHSCHILD, 1997.

torno de 5,8% a 18% nos dois serviços considerados.

Considerações finais

As NTRs apresentam riscos, alto custo e baixa resolutividade que, no entanto, são muito pouco mencionados. A experiência feminina no uso dessas técnicas costuma ser descrita em termos de desconforto físico, dores, ansiedade e desgaste psicológico. Quando iniciam os tratamentos, vivem sentimentos de euforia, que costumam ser seguidos por estados de depressão profundos, diante do fracasso das tentativas. Caso consigam engravidar, acreditam que sempre precisarão de cuidados só relaxando diante do nascimento do bebê, invariavelmente, por meio de parto cesáreo.

Mas por que as mulheres querem ser mães nessas circunstâncias? O recurso às NTRs deve ser entendido no âmbito das relações entre os gêneros e da contínua intervenção da medicina e tecnologia no campo da saúde reprodutiva. As mulheres que buscam satisfazer um desejo de filhos por meio dessas técnicas não devem ser vistas somente como obsessivas pela maternidade. Existe todo um contexto social, cultural e de gênero que envolve essa situação. A maternidade está, gradualmente, deixando de ser vista como o real propósito de vida da mulher, apesar de continuar sendo valorizada socialmente. As mulheres querem ser mães por várias razões: pela cobrança social; para agradarem e não perderem seus parceiros; para não se sentirem sós; para amarem e serem amadas; para darem um sentido à vida; para realizarem-se pessoal e socialmente. E, em busca de um bebê por meio dessas técnicas, encontram um mercado capaz de fornecer-lhes as últimas novidades, apoiado por uma divulgação frequente e massiva da mídia sobre o assunto.

Ademais, a intervenção médica na concepção criou a idéia de que as técnicas viabilizam um acesso relativamente fácil ao embrião que, no entanto, é ilusório. Na verdade, trata-se da tentativa de inscrever o complexo processo reprodutivo sob regras, orientando-o para o consumo de serviços médicos.

As NTRs podem ser vistas também como uma resposta para os problemas acarretados pelo próprio aumento do consumo de tecnologia no campo reprodutivo. As mulheres que se arrependeram da realização de uma ligadura tubária são um exemplo disso. Ademais, muitas mulheres que buscam as NTRs poderiam estar em outra situação, caso suas demandas anteriores por assistência à saúde, como contracepção, abortos e assistência ao parto, tivessem sido adequadamente resolvidas.

O desenvolvimento das NTRs tem sido impulsionado principalmente pela crescente opção de mulheres pela gestação em maior idade. Essas mulheres são as maiores clientes das clínicas privadas e de técnicas como doação de óvulos, de embriões e, geralmente, de repetidas tentativas para engravidar. Se por um lado a possibilidade de escolher o momento adequado para vivenciar a maternidade é uma importante conquista, por outro não se pode deixar de

considerar que tem servido para aumentar a medicalização e utilização da tecnologia no atendimento à saúde da mulher.

Referências bibliográficas

- BARBOSA, Rosana M. (1999). *Desejo de filhas e infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil* (tese de doutorado). São Paulo: USP/FFLCH.
- BRANDI, M. C. A., PINA, H. & LOPES, J. R. C. (1997). "Epidemiologia da infertilidade". In: DONADIO, Nilson, LOPES, Joaquim R. C. & MELO, Nilson R. de (orgs.). *Reprodução humana II: infertilidade, anticoncepção e reprodução assistida*. São Paulo: Organon.
- Conselho Federal de Medicina (1994). *Resolução no. 1358/92: Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida* (dez./1957-ago./1994). Brasília: CFM.
- CORRÊA, Marilena C. (1997). *A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre a reprodução assistida* (tese de doutorado). Rio de Janeiro: UERJ/IMS.
- MONTGOMERY, M. (1997). "Aspectos psicossomáticos da infertilidade". In: DONADIO, Nilson, LOPES, Joaquim R. C. & MELO, Nilson R. de (orgs.). *Reprodução humana II: infertilidade, anticoncepção e reprodução assistida*. São Paulo: Organon.
- OMS (1992). *Adelantos recientes em matéria de concepcion com ayuda medica: informe de um grupo científico de la OMS* (Serie de Informes Técnicos, 820). Genebra.
- PIZZINI, Franca (1992). *Maternità in laboratorio: ética e società nella riproduzione artificiale*. Torino: Rosenberg & Seller.
- PIZZINI, Franca & LOMBARDI, Lia (org.) (1994). *Madre provetta: costi, benefici e limiti della procreazione artificiale*. Milano: FrancoAngeli.
- RODRIGUES, D. (no prelo). *Socorro! Quero ser mãe ou Por que, justo eu, não consigo engravidar?*.
- SALEM, Tânia (1995). "O princípio do anonimato na inseminação artificial com doador (IAD): das tensões entre natureza e cultura". *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Relume Dumará.
- SPINELLI, A. & PEDICONI, M. (1994). "Sterilità e maternità. Dimensioni e cause del fenomeno sterilità". In: PIZZINI, Franca & LOMBARDI, Lia (org.). *Madre provetta: costi, benefici e limiti della procreazione artificiale*. Milano: FrancoAngeli.
- TOGNOTTI, E. & PINOTTI, J. A. (1997). *A esterilidade conjugal na prática: da propedêutica básica à reprodução assistida*. São Paulo: Roca.
- ZEGER-HOCHSCHILD, F. et alii (1997). *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida* (1995). Santiago: Red Latinoamericana de Reproducción Asistida.