

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS

CHRISTIE DANIELLE SIKORSKI

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO FILHO BIOLÓGICO CONSTRUÍDAS POR
MULHERES QUE, AO VIVENCIAR SITUAÇÕES DE INFERTILIDADE, OPTARAM
PELA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

PONTA GROSSA
2014

CHRISTIE DANIELLE SIKORSKI

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO FILHO BIOLÓGICO CONSTRUÍDAS POR
MULHERES QUE, AO VIVENCIAR SITUAÇÕES DE INFERTILIDADE, OPTARAM
PELA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Estadual de Ponta Grossa, na área de concentração Cidadania e Políticas Públicas, linha de pesquisa Estado, Direitos e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Helena Baldani Pinto

PONTA GROSSA
2014

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

S581 Sikorski, Christie Danielle
Representações sociais do filho
biológico construídas por mulheres que, ao
vivenciar situações de infertilidade,
optaram pela reprodução humana assistida/
Christie Danielle Sikorski. Ponta Grossa,
2014.
136F.

Dissertação (Mestrado em Ciências
Sociais Aplicadas - Área de Concentração:
Cidadania e Políticas Públicas),
Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Helena
Baldani Pinto.

1.Representações sociais. 2.Filho
biológico. 3.Infertilidade. 4.Técnicas
reprodutivas. 5.Políticas Públicas.
I.Pinto, Márcia Helena Baldani. II.
Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas.
III. T.

CDD: 362.82

TERMO DE APROVAÇÃO

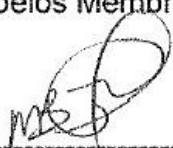
CHRISTIE DANIELLE SIKORSKI

“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO FILHO BIÓLOGICO CONTRUIDAS POR MULHERES QUE, AO VIVENCIAR SITUAÇÕES DE INFERTILIDADE, OPTARAM PELA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA”.

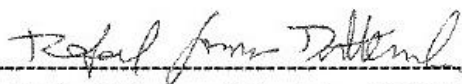
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 19 de Setembro de 2014.

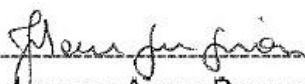
Assinatura pelos Membros da Banca:



Dra. Marcia Helena Baldani Pinto - (UEPG) – Presidente



Dr. Rafael Gomes Ditterich – (UFPR)



Dra. Jussara Ayres Bourguignon – (UEPG)

Dra. Edina Schimanski – (UEPG) - Suplente

Dedico ao meu Deus: que é Pai, que é Fiel.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por todos os momentos de minha vida, por estar sempre iluminando, protegendo o meu caminho e livrando-me de todos os males. Obrigada Senhor, por me amparar nas horas difíceis e por ter me permitido vivenciar cada momento deste sonho chamado Mestrado!

À professora Dr.^a Márcia Helena Baldani Pinto, orientadora desta pesquisa, por ter confiado em mim e por ter aceito todos os desafios deste estudo. Agradeço por sua paciência, dedicação, companheirismo, empenho a cada encontro de orientação, a cada palavra de alento e a todo novo aprendizado. Profissionalismo, transparência, sinceridade, simplicidade, carisma e dedicação inequívoca são alguns dos seus atributos.

À professora Dr.^a Jussara Ayres Bourguignon, pelo auxílio, sugestões, amizade, seriedade, carinho e atenção dispensada no desenvolvimento da dissertação. Profissional maravilhosa, competente e dedicada!

Ao professor Dr. Samuel Jorge Moysés, pela disponibilidade em participar da avaliação deste trabalho e pela colaboração com informações que auxiliaram na concretização do estudo.

A todos os professores do Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas, os quais, de alguma forma, contribuíram para a formação e evolução do meu conhecimento.

Aos demais professores, aqui não nominados, que imensamente contribuíram para a concretização desta pesquisa.

À Adriana, por todo o auxílio, apoio e carinho.

Aos serviços de reprodução assistida que permitiram a realização das entrevistas e muito auxiliaram para o desenvolvimento da mesma.

Às participantes da pesquisa, pela disponibilidade em expor os seus sentimentos, suas experiências, enfim, suas vidas.

Aos meus colegas do Mestrado, que compartilharam (direta ou indiretamente) deste processo.

Aos meus pais, pela vida.

Ao Luiz Fernando, meu noivo, por todo amor, companheirismo, incentivo. Por estar sempre presente, você sabe de todas as dificuldades enfrentadas durante a realização da dissertação. Obrigada por acreditar em mim e me apoiar sempre, até quando pensei em desistir.

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo analisar as representações sociais construídas por mulheres que, ao vivenciar situações de infertilidade, optaram pelo uso das tecnologias de reprodução humana assistida para concretizar o filho biológico. Tendo delineamento qualitativo e caráter exploratório, o percurso metodológico se deu em quatro etapas: pesquisa documental, pesquisa bibliográfica, entrevista semiestruturada e análise do material empírico. O universo de pesquisa abrangeu serviços de reprodução localizados no Estado do Paraná, de forma específica nas cidades de Ponta Grossa e Curitiba, sendo que foram consideradas como sujeitos mulheres que optaram, após terem vivenciado o processo de infertilidade (quer seja feminina/quer seja masculina), pelo uso das técnicas reprodutivas com vistas à realização do filho biológico. Quatro mulheres foram as participantes desta pesquisa. Na sequência do estudo, identificaram-se as categorias empíricas no intuito de elaborar um conhecimento acerca do tema, sob o embasamento teórico das Representações Sociais. Os resultados da pesquisa apontaram que as mulheres entrevistadas atribuíram importância ímpar ao filho biológico. Como projeto de vida, o filho surgiu atrelado ao ideal de felicidade, completude e, para tê-lo, não foram medidos esforços (quer financeiros, emocionais ou ainda relativos à mudança nos relacionamentos). Os depoimentos revelaram que vivenciar a infertilidade foi uma experiência dolorosa e que remeteu aos sentimentos de frustração, tristeza e impotência. Embora o diagnóstico de infertilidade tenha tido reflexos tanto para o infértil quanto para aquele que vivenciou o processo, os relatos demonstraram que a experiência foi mais impactante para as mulheres. Por sua vez, as tecnologias reprodutivas surgiram como solução à concretização do filho biológico. A adoção também emergiu dos relatos, mas apenas como segunda opção. Os elementos de representações sociais que apareceram fortemente ligados ao filho foram: descendência, semelhança física, continuidade. Com esta pesquisa, espera-se oferecer aos formuladores de políticas públicas subsídios para aperfeiçoar e criar políticas sobre reprodução assistida, e, principalmente, compreender as explicações, significações e motivações que envolvem a maternidade biológica, pois a síntese desse processo resultou na identificação de que as questões tangentes à concretização da maternidade por meio da utilização das tecnologias reprodutivas (e suas consequências) merecem especial atenção tanto do poder público quanto da esfera privada, vez que é necessário primar pela efetivação dos direitos reprodutivos, bem como pela valorização da relação mãe-filho.

Palavras-chave: Representações sociais. Filho biológico. Infertilidade. Técnicas reprodutivas. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This research aims to analyze the social representations built by the women who experience situations of infertility, opted for the use of assisted human reproduction technologies to realize the biological son. Taking and exploratory qualitative research design, the used methodology has four steps: desk research, literature review, semi-structured interviews and analysis of empirical material. The research base covered services play in the State of Paraná , specifically in the cities of Ponta Grossa and Curitiba; that were being considered by women who chose, after having experienced the process of infertility (either feminine/masculine either), the use of reproductive techniques with a view to achieving the biological child. Four women were the participants in this study. Following the study, we identified the empirical categories in order to develop knowledge on the subject, under the theoretical framework of Social Representations. The results of the research show that women surveyed attributed to the unique biological son importance. As a life project, his son appeared linked to the ideal of happiness, completeness and have it efforts were not measured (whether financial, emotional or relating to the change in relationships). The statement revealed that experiencing infertility was a painful experience and referred to feelings of frustration, sadness and helplessness. Although the diagnosis of infertility has been reflected both the infertile and for those who experienced the process, reports have shown that the experience was more striking for women. In turn, reproductive technologies have emerged as a solution to the implementation of the biological child. The adoption of the reports also emerged, but only as a second option. The elements of social representations that appeared strongly linked to the son were offspring resemblance, continuity. This research is expected to provide policymakers grants to improve and create policies on assisted reproduction, and particularly, to understand the explanations, meanings and motivations that involve biological motherhood, for the synthesis of this process resulted in the identification of issues that the tangents to the achievement maternity through the use of reproductive technologies (and their consequences) deserve special attention both from the government, as the private sphere , it is necessary to strive for realization of reproductive rights, as well as the appreciation of the mother-child relationship.

Keywords: Social representations. Biological son. Infertility. Reproductive techniques. Public Policy.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	- Causas da infertilidade masculina.....	70
QUADRO 2	- Causas da infertilidade feminina.....	71
QUADRO 3	- Métodos das técnicas reprodutivas.....	77

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCGTs	Banco de células e tecidos germinativos
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
FIV	Fertilização <i>in vitro</i>
FIVETE	Fertilização <i>in vitro</i> e transferência de embriões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSI	Injeção intracitoplasmática de espermatozóide
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PL	Projeto de Lei
RHA	Reprodução humana assistida
SBRA	Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida
SisEmbrio	Sistema Nacional de Produção de Embriões
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TRA	Técnicas de reprodução assistida
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
 CAPÍTULO 1 – DIREITO DE REPRODUZIR E O ACESSO ÀS TECNOLOGIAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	 25
1.1 SAÚDE E DIREITO REPRODUTIVO: BREVES CONSIDERAÇÕES.....	25
1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL.....	35
1.2.1 Conceituação de Políticas Públicas e a Reprodução Assistida no Direito Comparado.....	37
1.2.2 Normatização da Reprodução Humana Assistida no Brasil.....	41
1.2.3 Serviços de Reprodução Humana Assistida no Brasil: Públicos e Privados.....	48
 CAPÍTULO 2 – CONSTRUÇÕES DA MATERNIDADE: DA CONSTATAÇÃO DA INFERTILIDADE AO USO DAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS.....	 58
2.1 A MATERNIDADE: PRODUTO HISTÓRICO CULTURAL.....	58
2.1.1 Conjuntura atual: a maternidade e o filho Biológico.....	62
2.2 INFERTILIDADE SOB A ÓTICA DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA.....	69
2.2.1 Tecnologias de Reprodução Assistida: uma alternativa à infertilidade e à concretização do filho biológico.....	76
 CAPÍTULO 3 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO FILHO BIOLÓGICO.....	 80
3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	80
3.1.1 Funções das representações sociais.....	83
3.1.2 Universo reificado e universo consensual.....	84
3.1.3 Ancoragem e objetivação.....	85
3.2 PERFIL SOCIAL DOS SUJEITOS PARTICIPANTES.....	89
3.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS CONSTRUÍDAS POR MULHERES QUE VIVENCIARAM A INFERTILIDADE.....	90
3.3.1 A notícia da infertilidade e o impacto do diagnóstico.....	91
3.3.2 Mudanças nos relacionamentos familiares e no convívio social....	94
3.3.3 Opção pelas tecnologias reprodutivas e o desenrolar do processo.....	97
3.3.4 A importância do filho biológico.....	100

3.3.5 Significações da Maternidade.....	102
3.4 MEU FILHO, MINHA VIDA.....	104
CONCLUSÃO.....	112
REFERÊNCIAS.....	115
APÊNDICE A – CARTA SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	125
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	127
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	129
APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA.....	131
APÊNDICE E – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	133

INTRODUÇÃO

Traz a história, que a função da mulher é procriar. A maternidade era uma obrigação, e atrelado a este posicionamento tinha-se o ideário de devotamento, de abdicação. (BADINTER, 1985).

Novos desenhos conjunturais contribuíram para uma importante mudança de valores. Pesquisas comprovam que o projeto da maternidade está sendo protelado face aos estudos, profissão e busca de estabilização emocional e financeira das mulheres. (CORRÊA, 2001). Não obstante, para grande parcela das mulheres, a maternidade continua sendo a meta de suas vidas, pois o par mãe-filho representa um “[...] ideal de felicidade.” (NÓBREGA, 1995, p. 70).

Nesse contexto, muito além de uma obrigação, a maternidade passa a ser considerada uma vocação, um desejo. Entretanto, é possível que fatores como idade, doenças, entre outros, resultem em um problema de saúde: a infertilidade. No contraponto, os incessantes progressos da biotecnologia e da biomedicina possibilitam a realização do sonho de ser mãe por meio das tecnologias reprodutivas.

Sendo professora, as razões do interesse pelo tema surgiram a partir do contato com a disciplina “Bioética e Sociedade”, cursada enquanto aluna especial do Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), em 2011. Já como aluna regular do Mestrado, ao ter contato com outras disciplinas, tais como “Metodologia da Pesquisa”, “Epistemologia” e “Saúde, Doença e Sociedade”, diversos questionamentos surgiram e fundamentam a construção final do objeto desta pesquisa.

Em outro viés, o caminho profissional trilhado também demonstra relação com a temática. Pois bem, no período compreendido entre 1992 e 1996, enquanto acadêmica de Direito na Universidade do Vale do Itajaí e no desempenho de atividades junto ao Escritório Modelo de Advocacia daquela instituição de ensino, foi possível o contato direto com muitos dilemas familiares, os quais eram evidenciados tanto pela condição de pobreza da população (que buscava o auxílio judiciário gratuito) quanto pelo fato de que a grande maioria da clientela era formada por mulheres.

No terceiro ano de Faculdade, ao conhecer a disciplina de “Direito de Família” (que era vivenciada todos os dias no trabalho), a empatia pela matéria

ocorreu imediatamente, o que me fez acreditar que seguiria os estudos e o trabalho por esse campo de aprendizado.

Já em 2008, de volta a Ponta Grossa e trabalhando no Núcleo de Prática Jurídica da Faculdade União (que presta auxílio às pessoas de baixa renda), bem como orientando os acadêmicos (que cumpriam estágio obrigatório no mesmo), ocorreu o primeiro contato com o magistério, ainda que não em ambiente de sala de aula propriamente dita, mas em um escritório/escola.

Ao exercer a advocacia para pessoas de baixa renda, principalmente na área de Direito de Família, foi possível reafirmar a antiga constatação: que grande parte da clientela são mulheres, as quais buscam proteção de seus direitos e os de seus filhos. Diversas e preocupantes realidades foram identificadas.

Por outro lado, o fato de estar há tempos sem estudar levou-me à conclusão que era preciso atualizar os conhecimentos. Diante dessa necessidade, ingressou-se na Pós-Graduação, que foi certificada pela Universidade do Sul de Santa Catarina. A área escolhida foi Direito Processual: grandes transformações, onde foram estudadas transformações processuais da época, pois era um campo abrangente e que daria subsídios à formação profissional e, via de consequência, levaria ao aperfeiçoamento.

A conclusão da Pós trouxe uma grande conquista: a contratação como professora da Faculdade União. Mas era preciso continuar a evoluir nos estudos.

Paralelamente, e no desempenho das atividades laborais, descobriu-se que a Universidade Estadual de Ponta Grossa ofertava o Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas. Diante da novidade, do desejo de continuar a estudar, bem como de fazer Mestrado, mas sabendo que a área de Ciências Sociais era muito mais abrangente (por ter um viés interdisciplinar), optou-se, no primeiro momento, pela seleção como aluna especial, a fim de entender a proposta do Mestrado e então decidir o caminho a ser seguido.

Tanto a questão da interdisciplinaridade quanto o desejo de evolução acadêmica me encaminhavam para a pesquisa e cada vez mais desejava conhecer as propostas do Mestrado em Ciências Sociais. Simultaneamente aos acontecimentos relatados, ser professora passou a ter importância ímpar em minha vida, pois um mundo novo se abriu diante de meus olhos, até então vendados. Participação em bancas de apresentação de trabalho de conclusão de curso,

orientação de acadêmicos, participação em palestra e congresso como apresentadora, foram algumas das minhas novas atividades, de meus novos horizontes no ano de 2009.

Profissionalmente, em 2010, novas turmas foram assumidas, novas bancas e novos acadêmicos se fizeram uma realidade. Neste mesmo ano, como aluna especial do Mestrado, foram cursadas as disciplinas “Estado e políticas públicas” e “Estrutura de poder e sistema de decisões”, as quais me despertaram para um mundo de intermináveis conhecimentos.

Ambas as disciplinas tinham como sistema de avaliação trabalhos, debates, elaboração de resenhas, seminários, e, por fim, a entrega de um artigo. Pois bem, não foi fácil, muito ao contrário. Grande dificuldade foi enfrentada no intuito de acompanhar os colegas, bem como as aulas, mas uma recompensa viria, qual seja: a publicação dos artigos elaborados para as disciplinas sobreditas. O artigo intitulado “O Brasil e as formas de proteção dos trabalhadores brasileiros que laboram no Paraguai”, criado para a disciplina “Estado e políticas públicas”, foi publicado na Revista Jurídica da Faculdade União, em 2011. Naquele mesmo ano, esse artigo foi apresentado no Congresso Jurídico daquela instituição de ensino. Já o artigo “Ideologia, norma e a correlação ao poder e ao Estado”, o qual fora elaborado para a disciplina “Estrutura de poder e sistema de decisões”, foi publicado em 2012, na Revista Bonijuris.

Após ter cursado essas duas disciplinas, foi fácil constatar que era necessário ampliar ainda mais os conhecimentos para saber que rumo trilhar e sobre o qual assunto seria possível escrever, pois tudo que se aprendia era muito interessante. Ademais, o fato de ter sido aluna especial do Mestrado permitiu avaliar que era preciso ‘sair da zona de conforto’, ‘tirar a venda’ e dialogar com outras importantes áreas. Entretanto, ainda não se tinha certeza sobre qual assunto abordar, pois todos os temas eram inquietantes e despertavam a vontade de pesquisar. Então, em 2011, também como aluna especial, ao participar das disciplinas “Tópicos Especiais em Comunicação, cultura e poder” e “Tópicos especiais em Bioética e Sociedade”, chegou-se à conclusão sobre qual assunto seria aprofundada a pesquisa: Bioética.

Dentro desse vasto campo de estudo, optou-se por desenvolver um projeto acerca da reprodução assistida, pois um fato isolado despertou a atenção, qual seja:

uma notícia veiculada na mídia nacional sobre uma mulher que havia conseguido autorização judicial que lhe permitiu realizar o procedimento de inseminação artificial após a morte de seu esposo, ainda que sem a expressa autorização do mesmo. Desde então, as questões que envolviam a reprodução e os direitos da criança que iria ser concebida trouxeram dúvidas e interesse em buscar respostas à temática por meio da pesquisa.

Iniciou-se o preparo para a seleção, pois se tinha certeza que o Mestrado em Ciências Sociais ofereceria a possibilidade de evolução pessoal e profissional, notadamente por ter proposta interdisciplinar (quer seja através dos professores, quer seja através das disciplinas). Ao final do ano de 2011, obteve-se a aprovação no processo seletivo do Mestrado.

A proposta original apresentada no pré-projeto de pesquisa era estudar os direitos da criança concebida via inseminação artificial homóloga póstuma, por meio da interface entre a Bioética e as normas Constitucional e Civil brasileiras, no entanto, ao cursar a disciplina “Metodologia de pesquisa e seminários de dissertação”, foi constatado que o pré-projeto não se encaixava na proposta interdisciplinar e era preciso reformular. Assim, uma árdua tarefa começou.

A ideia inicial foi mantida durante a reformulação do projeto, portanto haveria a continuidade da abordagem sobre a reprodução assistida. Então, a partir dos ensinamentos recebidos sobre representações sociais e gênero (nas aulas de “Epistemologia”), bem como sobre questões abrangendo saúde e doença (que foram repassadas nas aulas de “Tópicos especiais em saúde, doença e sociedade”), novos questionamentos emergiram. Nesse ínterim, um colega do Mestrado sugeriu a leitura de um artigo que abordava os sentimentos das mulheres que optaram pela reprodução assistida, e todos esses fatores foram primordiais à reconstrução do projeto. Certamente, sem os ensinamentos, as aulas, os trabalhos, os seminários e o auxílio dos colegas, jamais se teria conseguido.

Enfim, o projeto estava finalizado e readequado à proposta interdisciplinar. Assim, a presente pesquisa, que tem como tema de estudo as representações sociais construídas por mulheres, que ao vivenciar situações de infertilidade, optaram pela reprodução assistida no intuito de ter o filho biológico, perpassa relevantes temas para as Ciências Sociais: Bioética, representações sociais, políticas públicas, saúde reprodutiva.

Ora, a maternidade faz parte do desenvolvimento psicológico da mulher, pois a gestação é um importante momento de reestruturação da vida e dos papéis que ela exerce, vez que passa de filha para mãe. E, nesse contexto, vivenciar a infertilidade (quer seja feminina, quer seja masculina) as afeta diretamente.

Ao buscar a compreensão sobre a temática, algumas questões permeiam o trabalho e apresentam-se como norteadoras do mesmo: “O que representa o filho biológico para mulheres que ao vivenciar situações de infertilidade, optaram pelo uso das técnicas reprodutivas?”; “Quais são as explicações, significações, motivações que levaram as mulheres a fazerem esta opção?”.

Exposta a situação-problema, traz-se a perspectiva epistemológica das representações sociais como forma de investigação, a fim de desvelar as respostas para tais questões.

O objetivo geral da pesquisa é analisar as representações sociais do filho biológico construídas por mulheres que ao vivenciar a infertilidade optaram pela reprodução assistida como forma à concretização da maternidade.

Já os objetivos específicos são: a) sintetizar o debate sobre infertilidade, maternidade, filho biológico e Reprodução Humana Assistida (RHA), tendo como referência a teoria das representações sociais; b) verificar a existência de políticas públicas que garantam a implementação da RHA e quais os critérios para a utilização das tecnologias de forma gratuita ou a ausência destes sob a perspectiva da Bioética principialista e da proteção; c) apreender as representações sociais em relação ao filho biológico construídas por mulheres que vivenciaram a infertilidade e optaram pelo uso das tecnologias reprodutivas.

Percurso Metodológico

Com o fim de investigar o problema proposto e assim materializar a pesquisa, o desenvolvimento do processo investigatório teve como referência a dinâmica do real, pois o conhecimento é processo que envolve esforço de reconstrução da realidade em nossa mente. Nas palavras de Bourguignon (2006, p. 44-45): “Parte-se da realidade concreta, tendo como referência um objeto determinado e através do processo de abstração e de aproximação às suas determinações, relações e processualidade histórica, volta-se à realidade”.

A pesquisa tem delineamento qualitativo e caráter exploratório.

Diz-se *qualitativa*, segundo Minayo (1998, p. 23), a pesquisa que permite ordenar e classificar os dados até sua análise final, por meio de “[...] movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral”. Essa abordagem busca resposta para problemas que não dão margem à hipótese, uma vez que os resultados são inesperados. Ainda, no entendimento da autora, as metodologias de pesquisa qualitativas são “[...] entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.” (MINAYO, 1998, p. 10).

Tendo caráter exploratório, a pesquisa qualitativa estimula os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema. É utilizada quando se buscam entendimentos sobre a natureza geral de uma questão, abrindo-se espaço para a interpretação. (MARCONI; LAKATOS, 1999). Assim, esta pesquisa pode ser considerada como instrumento para a construção do conhecimento acerca do assunto, o qual, embora apresente uma situação vivenciada hodiernamente pela sociedade, apresenta ligação com a construção histórico-cultural.

Ademais, os estudos exploratórios, segundo Triviños (2007, p. 109), permitem ao investigador

[...] aumentar sua experiência em torno de determinado problema. [...] Pensa-se que a realização de um estudo exploratório, por ser aparentemente simples, elimina o cuidadoso tratamento científico que todo investigador tem presente nos trabalhos de pesquisa. Este tipo de investigação, por exemplo, não exige a revisão da literatura, as entrevistas, o emprego de questionários etc., tudo dentro de um esquema elaborado com a severidade característica de um trabalho científico.

A partir dos relatos coletados, foi feita a análise, pois o pesquisador deve refletir, comparar e contrastar temas significantes que emergem da coleta. (QUIMELLI, 2009).

Já o percurso metodológico se deu em quatro etapas, abrangendo a pesquisa documental, a pesquisa bibliográfica, a entrevista semiestruturada e a análise do material empírico.

Na primeira etapa, foi efetivada a pesquisa documental (a fim de identificar normatizações que abrangessem políticas públicas correlatas à reprodução assistida ou a ausência destas). Para tanto, a pesquisa documental se desenvolveu a partir

da análise de documentos previamente selecionados por meio de critérios de inclusão/exclusão. Decidiu-se que os documentos inclusos na pesquisa seriam as normatizações Federais, tais como: a Constituição Federal, o Código Civil Brasileiro, as Leis, os Decretos-Leis, as Portarias do Ministério da Saúde, bem como os Projetos de Leis e as Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Conselho Federal de Medicina. No que diz respeito às Leis, aos Decretos-Leis, às Portarias, aos Projetos de Leis e às Resoluções, o critério de inclusão priorizou aquelas que abordaram, sob algum aspecto, a temática da reprodução assistida. Assim, efetivamente, analisaram-se os seguintes documentos: Constituição Federal de 1988; Código Civil de 2002; Projetos de Leis nº 90/1999, nº 4.889/2005 e nº 1.184/2003; Lei nº 8.880/1990; Lei nº 8.142/1990; Lei nº 9.263/1996; Lei nº 11.105/2005; Portarias do Ministério da Saúde nº 426/GM, nº 388/2005 e nº 1.187/2005; Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 33/2006; e Resoluções do Conselho Federal de Medicina nº 1.358/1992, nº 1.957/2010 e nº 2.013/2013.

Na segunda etapa do estudo, foi desenvolvida a pesquisa bibliográfica (compreendida como a busca estratégica na literatura, quer seja em livros, periódicos, entre outros) e se deu por meio da sistematização de referencial das principais categorias analíticas, quais sejam: infertilidade e impacto do diagnóstico, mudanças nos relacionamentos familiares e no convívio social, tecnologias reprodutivas, importância do filho biológico, significações da maternidade e representações sociais. Para isso, foram utilizados autores de referência dos temas, como: Trindade e Enumo (2001); Trindade e Borlot (2004); Bourguignon (2001); Boy e Schramm (2009); Clotet (2003); Minayo (1998); Moscovici (2003); Pessini e Barchifontaine (2010), sem prejuízo de outros; no intuito de consignar subsídios para desvendar a relação mãe-filho, por critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Da mesma forma, descritores relacionados à pesquisa foram utilizados, quais sejam: infertilidade feminina (female infertility), técnicas reprodutivas (reproductive techniques), Bioética (Bioethics), políticas públicas (public policies), representações sociais (social representations); com a limitação das datas de publicações. A busca ocorreu nas bases de dados PubMed, SCIELO, Biblioteca Virtual em Saúde, artigos, teses, dissertações de Mestrado e Doutorado e em obras correlatas ao tema, também por critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de

inclusão dos estudos foram: a) artigos, teses e dissertações de Mestrado e Doutorado publicados nos últimos 15 anos; b) obras correlatas ao tema proposto.

A partir do referencial construído, elaborou-se o Formulário de Entrevista Semi-estruturada para a realização da pesquisa. Justifica-se a escolha pela entrevista semi-estruturada, pois esta modalidade se mostra útil quando o investigador está interessado em compreender o significado atribuído pelos sujeitos aos eventos, situações, processos, entre outros, e que fazem parte de seu cotidiano. (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999).

Inicialmente, pensou-se que o universo de pesquisa seriam serviços de reprodução humana assistida, tanto públicos (desde que oferecessem todo o tratamento sem custo para os pacientes) quanto privados, localizados no Estado do Paraná, de forma específica nas cidades de Ponta Grossa e Curitiba.

Passou-se, então, à tentativa de identificação desses serviços, para que ocorresse a posterior realização da pesquisa. Entretanto, isso não foi possível, haja vista que no Estado do Paraná inexiste, atualmente, serviço público que ofereça o tratamento reprodutivo totalmente gratuito.

Diante dessa realidade, decidiu-se que a pesquisa seria desenvolvida a partir de serviços de reprodução assistida privados e, no intuito de localizá-los, valeu-se de relatório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que, por meio do Sistema Nacional de Cadastro de Embriões (SisEmbrio), realiza um cadastro anual dos serviços de reprodução assistida que armazenam embriões. Assim, de acordo com o 6º Relatório da produção nacional de embriões¹, até 23 de abril de 2013, o Estado do Paraná possuía 14 (quatorze) serviços de reprodução assistida cadastrados, dos quais 06 (seis) estavam localizados em Curitiba e os demais nas cidades de Maringá, Cascavel e Londrina.

É importante apontar que esse número de clínicas não reflete a realidade do Estado, vez que o sistema de cadastro SisEmbrio é obrigatório apenas para as clínicas, hospitais, enfim, serviços de reprodução assistida que possuam Banco de Células e Tecidos Germinativos (BCTGs), ficando, os demais, sem a obrigatoriedade do cadastramento. E isso se confirma pelo fato

¹ 6º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c2ec8c00412ae76481f18b0ea338d2ac/6o+relat%C3%B3rio+sisembrio.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

de que, embora não conste qualquer serviço de reprodução assistida na cidade de Ponta Grossa, em momento posterior, e por meio de nova pesquisa, se obteve sucesso na localização do mesmo.

Pois bem, diante dos dados da ANVISA e do SisEmbrio, e com o intuito de localizar algum serviço de reprodução assistida em Ponta Grossa, passou-se a buscá-los via contato telefônico (realizado junto aos consultórios médicos, hospitais, clínicas). Como resultado, identificou-se uma clínica de obstetrícia em que o médico responsável (especialista na área de reprodução humana) realiza parte do procedimento em Ponta Grossa (consultas, acompanhamento dos pacientes) e todos os demais procedimentos, como, por exemplo, coleta de material genético, transferência e armazenamento de embriões, entre outros, em uma clínica particular em Curitiba.

Assim, identificados os serviços de reprodução assistida, elaborou-se uma carta (Apêndice A) solicitando autorização dos responsáveis para que a pesquisa fosse efetivada e assim ocorresse o processo de seleção dos sujeitos de pesquisa. No entanto, cabe-nos destacar a grande dificuldade em obter essa permissão, pois os serviços contatados colocaram muitos empecilhos à concessão. Apenas duas clínicas particulares (uma localizada em Ponta Grossa e outra situada em Curitiba) atenderam ao pedido e concordaram com a pesquisa. Diante desses fatos, o processo de seleção dos sujeitos se deu nos serviços de reprodução que concordaram em participar deste estudo.

Foram consideradas como sujeitos de pesquisa mulheres que optaram, após terem vivenciado o processo de infertilidade (quer seja feminina, quer seja masculina), pelo uso das técnicas reprodutivas com vistas à realização do filho biológico. Assim, o principal critério para a escolha dos sujeitos foi a condição de que fossem mulheres, tivessem utilizado as tecnologias reprodutivas, bem como concordassem em participar da pesquisa. Embora tenham constado como critérios de inclusão na pesquisa as mulheres que já tivessem obtido sucesso ou que estivessem em processo de tratamento, é necessário informar que uma das entrevistadas não obteve êxito no tratamento e desistiu de prosseguir (cujos motivos serão expostos oportunamente).

Ademais, quando da elaboração do projeto, pensou-se em uma amostra que contemplasse dez sujeitos de pesquisa. Entretanto, face à dificuldade em localizar

sujeitos que se dispusessem em participar da entrevista, pois durante o processo de seleção várias negativas foram recebidas (sob o argumento que por ser uma história de busca pela concretização da maternidade biológica – uma história de vida – entendiam que era muito difícil falar e preferiam não participar), a amostra desta pesquisa foi constituída por quatro mulheres.

Para a localização das mulheres que concordassem ser sujeitos de pesquisa, houve a colaboração das clínicas, as quais intermediaram o primeiro contato com as mulheres que já haviam se submetido a algum tipo de tratamento reprodutivo. Assim, os responsáveis pelas clínicas repassaram os nomes e os dados para o primeiro contato (telefone, e-mail). Nessa ocasião, nos foi relatado que, embora muitas mulheres tenham sido convidadas a participar da entrevista, a maioria preferiu não participar, sendo que a maior dificuldade encontrada pelas clínicas foi em conseguir participantes que estivessem vivenciando o processo.

As etapas para a realização da entrevista assim ocorreram: no primeiro momento e em posse dos dados das possíveis participantes, lhes foi efetivado um convite, via e-mail, explicando o objetivo do trabalho e reiterando o convite à entrevista; tendo o aceite, as entrevistas ocorreram no local de escolha das entrevistadas, entre janeiro de 2012 a maio de 2013.

Foram tomadas as providências em relação às questões éticas, como o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Por oportuno, registra-se que o projeto de pesquisa foi aprovado junto ao Comitê de Ética e Pesquisa da UEPG, sob o nº 179.058, em 20 de dezembro de 2012.

Na data agendada, e antes de iniciar os questionamentos, as entrevistadas receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quando, uma vez mais, foram informadas que a entrevista tinha o objetivo de compreender as explicações, significações e motivações que envolvem a relação mãe-filho. Nessa oportunidade, se reafirmou a importância da participação das mesmas e se garantiu que: a) a entrevista seria mantida em sigilo; b) a utilização das informações seria para fins exclusivos de pesquisa; c) e a participação não era obrigatória, podendo ser interrompida a qualquer momento.

Para cumprir o quesito do anonimato, utilizou-se de pseudônimo e os nomes das participantes foram substituídos por nomes de flores. Todas as entrevistas foram gravadas e as respostas posteriormente transcritas. Após a

transcrição, retornou-se o contato com as participantes para a aprovação do texto.

De acordo com o que é especificado no Roteiro de Entrevistas (Apêndice C), utilizou-se como recursos de coleta: o Formulário de Entrevistas (Apêndice D), objetivando obter informações sobre idade, escolaridade, profissão, estado civil, religião, salário, entre outros; bem como o Formulário de Entrevista Semi-estruturada (Apêndice E), por meio da qual as entrevistadas responderam questões sobre infertilidade, relacionamentos, tratamentos realizados, significações da maternidade e do filho biológico.

O Formulário de Entrevista Semi-estruturada possui oito questionamentos e apresenta, inserto neles, outras questões a fim de que, acaso o sujeito de pesquisa não fizesse menção àqueles pontos, o pesquisador tivesse uma referência para, então, questioná-los. Contudo, as entrevistas realizadas não tiveram uma estrutura rígida, pois tanto as oito questões quanto seus desdobramentos serviram de referência ao pesquisador, o que se deve à constatação de que um assunto acabava dando seguimento ao outro questionamento. Sendo assim, muitas vezes as perguntas não seguiram a ordem, pois se verificou que seria possível atingir o entendimento da representação social do filho biológico dessa forma.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e, no primeiro momento, efetivou-se a leitura flutuante das mesmas. Posteriormente, no intuito de realizar a análise, as entrevistas foram lidas e relidas, pois essa forma de pesquisa tem como pressuposto a leitura exaustiva do material coletado a fim de auxiliar a compreensão do conteúdo das mesmas. (TRINDADE; ENUMO, 2001).

No que diz respeito à análise de todo o material, elegeu-se a análise de conteúdo, que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, a qual utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. (BARDIN, 2004). Ademais, essa forma de análise é um método empírico que através de sua função heurística enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta. (BARDIN, 2004).

Passou-se, então, à organização e análise do material à luz da pesquisa documental e bibliográfica, posto que a técnica utilizada visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação, no intuito de alcançar uma vigilância crítica em relação aos documentos, textos, entrevistas. (MINAYO, 2000).

No que diz respeito à organização e tratamento dos depoimentos coletados, o processo de análise e interpretação obedeceu às etapas previstas no método proposto por Bardin (2004), quais sejam: a) pré-análise (que corresponde à fase de organização/sistematização das ideias e compreende a leitura flutuante (quando ocorreu o contato exaustivo com o material de análise), a constituição do *corpus* (que envolve a organização do material), a formulação de hipóteses/objetivos e a referenciação; b) exploração do material (por meio da classificação e categorização do conteúdo); c) e tratamento e interpretação dos resultados obtidos (os quais, não obstante terem ocorrido desde o início da análise, tiveram um maior destaque nesse momento).

Assim, elencaram-se os depoimentos dos sujeitos importantes aos objetivos do estudo em categorias de análise correlatas ao que se propõe a pesquisa, pois categorizar, no entendimento de Bardin (2004, p. 117), consiste na:

[...] classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.

Ademais, dentro da teoria da análise de conteúdo, as representações sociais emergiram também como opção teórico-metodológica. Ora, a aplicação e utilização das Representações Sociais em pesquisas qualitativas como referencial teórico no campo da pesquisa em questões de saúde/doença têm favorecido a identificação de conhecimentos peculiares a objetos de estudos em saúde, os quais têm contribuído para a compreensão e estruturação de comportamentos e ações frente a determinados fatos relacionados ao processo saúde-doença. (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

Após a coleta dos depoimentos, efetivou-se a transcrição literal, e as categorias identificadas com a análise das entrevistas foram: a) a notícia da infertilidade e o impacto do diagnóstico; b) mudanças nos relacionamentos familiares e no convívio social; c) opção pelas tecnologias reprodutivas e desenrolar do processo; d) a importância do filho biológico; e) significações da maternidade. Com o desiderato de compreensão máxima dos depoimentos dos sujeitos participantes, a análise de conteúdo foi premente à apreensão das categorias que emergiram dos depoimentos, bem como do referencial teórico do presente estudo.

Transcorrido esse percurso, buscou-se elaborar um conhecimento acerca das representações sociais de mulheres que vivenciaram o processo da infertilidade (tanto feminina quanto masculina) e optaram pelo uso das tecnologias reprodutivas com o objetivo de ter o filho biológico. E com o intuito de chegar mais próximo ao objeto de estudo, estruturou-se o presente trabalho em três capítulos.

No primeiro capítulo – “Direito de reproduzir e o acesso às tecnologias de reprodução humana assistida no contexto brasileiro” –, são sistematizados fundamentos teóricos e conceituais sobre os temas saúde e direito reprodutivo, dialogando-se com alguns autores. Esse capítulo aborda também a reprodução assistida e as políticas públicas correlatas, quando foi preciso refletir a saúde reprodutiva enquanto direito humano fundamental e como dever do Estado.

Para o desenvolvimento do segundo capítulo, que é intitulado “Construções da maternidade: da constatação da infertilidade ao uso das tecnologias reprodutivas”, a pesquisa perpassou pela questão maternidade bem como da infertilidade – que embora tenha reflexos sobre o casal – se apresenta como marca indelével para as mulheres. Ademais, o estudo permitiu constatar que a construção da maternidade é produto de concepções históricas e culturais. Por derradeiro, nesse capítulo, são abordadas questões que dizem respeito à concretização do filho biológico, por meio da utilização das tecnologias de reprodução humana assistida.

A pesquisa empírica realizada com mulheres que vivenciaram situações de infertilidade e optaram pela utilização das tecnologias reprodutivas para concretizar o filho biológico está consignada no terceiro capítulo: “Representações sociais do filho biológico”. Foi com base na Teoria das Representações Sociais que se buscou desvelar as heranças históricas, sociais e culturais que permanecem idealizando o papel atribuído socioculturalmente à mulher, no intuito de compreender como estas se articulam face à infertilidade (feminina ou masculina) e à concretização do filho biológico. Assim, tendo percorrido a trajetória de fundamentação teórica do estudo contemplado em capítulos anteriores, no terceiro e último também são apresentados os resultados da pesquisa, obtidos após a realização das entrevistas.

A análise dos depoimentos resultou na identificação de que as mulheres entrevistadas atribuem uma grande importância à maternidade e ao filho biológico, reproduzindo a concepção de maternidade presente nas relações sociais. Da

mesma forma, o diagnóstico de infertilidade é permeado por simbologias do senso comum.

Coadunando com o acima exposto, o presente estudo aponta para o entendimento de que questões tangentes à concretização da maternidade por meio da utilização das tecnologias reprodutivas (e suas consequências) merecem especial atenção tanto do poder público quanto da esfera privada (ainda que em sede de núcleo familiar), pois é necessário primar pela efetivação dos direitos reprodutivos, bem como pela valorização da relação mãe-filho. Entretanto, no tocante à reprodução humana assistida, muito há o que ser feito, pensado, positivado, e esta pesquisa abrangeu uma pequena parcela do grande potencial temático para o desenvolvimento de novos estudos e reflexões acerca do tema.

CAPÍTULO 1

DIREITO DE REPRODUZIR E O ACESSO ÀS TECNOLOGIAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO CONTEXTO BRASILEIRO

O objetivo deste capítulo é refletir sobre a saúde e reprodução humana assistida como direitos humanos e fundamentais. Busca-se, a partir da concepção que a saúde engloba aspectos objetivos e subjetivos, compreender tanto a reprodução humana assistida quanto políticas públicas correlatas sob o prisma do direito à saúde e como dever do Estado Brasileiro.

1.1 SAÚDE E DIREITO REPRODUTIVO: BREVES CONSIDERAÇÕES

A saúde é um direito universal de cidadania. Universal, porque o único requisito para a titularidade do direito é a condição de pessoa. (VENTURA, 2003). Já de cidadania, por contemplar o exercício da plenitude dos direitos como garantidores à existência física e cultural do indivíduo. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010). De acordo com Marshall, a cidadania está ligada a três elementos: o elemento civil, o elemento social e o elemento político. Por esse desdobramento de direitos, tem-se que o indivíduo só pode ser considerado cidadão pleno quando for possuidor de todos esses direitos. (MARSHALL, 1967). A cidadania pressupõe a “[...] igualdade humana básica de participação na sociedade, concretizada através da aquisição de direitos [...]” (CORRÊA, 2002, p. 210).

Mas, o que se pode entender por saúde? De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o vocábulo não pode ser associado meramente à ausência de doença ou enfermidade, mas remete ao estado de bem estar físico e mental. (VENTURA, 2003).

Coadunando com esse posicionamento, Pessini e Barchifontaine dizem que saúde não pode ser definida como o fato do indivíduo não possuir doença, pois o vocábulo se traduz como resultado de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, entre outros. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010).

Saúde nada mais é do que produto de condições objetivas e subjetivas de existência da pessoa humana e não se esgota apenas na experiência e/ou no

acesso aos serviços, mas engloba também o social, o cultural, o biológico, o econômico, o emocional de cada um. Segundo Luz (2001, p. 26),

[...] questões das condições de vida, de emprego, do trabalho, da qualidade de vida no sentido social e psicossocial da expressão ressurgem, neste contexto, como lugar privilegiado não apenas teórico, mas simbólico, na definição do que é saúde.

Portanto, na concepção de saúde, critérios objetivos e subjetivos encontram-se interligados, ou seja, a saúde se constitui também por processos sociais e pelas diferentes necessidades e expectativas dos indivíduos, as quais, quando não obtidas, são refletidas como processos de doença e, no cotidiano – não raras vezes –, afetam os relacionamentos familiares e o convívio pessoal.

Há que se reconhecer a subjetividade como integrante da condição de saúde do sujeito, pois somente assim será possível compreender que possuir saúde perpassa por dimensões individuais, sociais e culturais.

O individual e o social se influenciam reciprocamente e, nesse sentido, a subjetividade também é um processo de permanente construção do qual fazem parte múltiplos componentes. No entendimento de Mori e González Rey (2012, p. 142),

[...] a subjetividade se entende como processualidade, rompendo tanto com sua representação como algo inerente ao indivíduo quanto com dicotomias: individual/social, cognitivo/afetivo, consciente/inconsciente, entre outras. Ela se define pela natureza dos seus processos, ou seja, a complexa relação do histórico e do atual que constituem os diferentes momentos do homem e do social e na forma em que adquirem sentido e significado a partir dessa relação.

Ademais, refletir sobre saúde e direitos reprodutivos implica no entendimento do significado de saúde pública e de promoção de saúde. De acordo com Pessini e Barchifontaine (2010, p. 167), saúde pública pode ser conceituada como

A arte e a ciência de promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e da coletividade, e obter um ambiente saudável por meio de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade. Seu objetivo é o processo saúde/doença da coletividade, observados em suas dimensões biológicas, *psíquicas* e socioculturais.

A saúde não pode ser associada somente ao estado de normalidade física, pois é um processo no qual a pessoa, na qualidade de sujeito, participa de forma ativa e íntegra ao físico, processos emocionais decorrentes de configurações

psíquicas complexas, que expressam tanto uma organização histórica de especificidade singular, bem como decorrente de um contexto histórico e cultural. (MORI; GONZÁLEZ REY, 2012).

Seguindo essa linha de entendimento, as condições psíquicas também adquirem significado na integridade dos processos individuais/sociais e da mesma forma são determinantes ao reconhecimento do estado de saúde. Questões subjacentes despontam e dimensões psíquico-socioculturais interferem na condição de saúde, na exata proporção que suas repercussões recaem sobre o sujeito e impossibilitam a separação mente/corpo.

Pode-se dizer também que saúde pública é a expressão de maior grau de bem-estar que tanto o indivíduo quanto a sociedade são capazes de atingir ora mediados por um conjunto de fatos sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. (FORTES; ZOBOLI, 2003).

Por sua vez, a promoção da saúde é paradigma da OMS e remete à ideia de intervenção social na garantia de direitos e nas estruturas econômicas a fim de sanar as desigualdades tangentes à distribuição de bens e serviços. Ademais, o vocábulo representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos, e propõe a articulação de saberes e a mobilização de recursos para seu enfrentamento.

Portanto, a promoção de saúde pode ser entendida como um conjunto de valores, tais como: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias, quer sejam ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias. Assim, as políticas de saúde surgem no intuito de implementar estratégias governamentais que garantam como pressuposto fundamental o bem-estar da população corrigindo as desigualdades sociais. (BUSS, 2000).

Entretanto, sob o recorte dos direitos reprodutivos é recente a relação entre saúde e reprodução, tanto internacional quanto nacionalmente, de forma especial na esfera pública brasileira.

Pois bem, em nível internacional, o debate envolvendo saúde e direito reprodutivo surge em 1984, em Amsterdã (Holanda), por ocasião da realização do IV Encontro Internacional da Mulher e Saúde, quando se pautou e discutiu, com profundidade, a integralidade da saúde da mulher e o seu direito em reproduzir. (MATTAR, 2008).

Mas, somente com a realização da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que ocorreu em 1994, no Cairo (Egito), é que a questão ganhou destaque no cenário internacional. Nessa Conferência, representantes de 179 países (incluindo o Brasil) aprovaram um Programa de Ação sobre População e Desenvolvimento para os 20 anos seguintes e que dizia respeito à saúde reprodutiva das mulheres. (MATTAR, 2008; VENTURA, 2003).

Sobredito programa teve como foco a abrangência de objetivos tangentes à educação (em particular das meninas), igualdade entre os sexos, redução de mortalidade neonatal, infantil e materna, *acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva*, em particular de planificação familiar e de saúde sexual. (VENTURA, 2003).

Nessa Conferência, discutiu-se, ainda, acerca da qualidade dos serviços, quando se entendeu que para que os mesmos sejam eficientes na questão da saúde sexual e reprodutiva há que se primar pela existência de um aparato que funcione bem e ofereça acesso universal aos serviços de atenção primária de qualidade, assim como assegure sistemas de referência para tratamentos de maior complexidade.

Marcando uma nova era no que tange às questões reprodutivas, a Conferência do Cairo trouxe para o debate, como pontos fundamentais e universais, tanto a questão do direito ao acesso dos serviços de saúde sexual e reprodutiva quanto o direito à informação dos mesmos.

No ano seguinte, em Pequim (China), quando da realização da última Conferência Mundial das Mulheres do Século XX, novamente a questão da saúde reprodutiva e sexual da mulher foi o foco das atenções. Como resultado, pautou-se que possuir saúde sexual implica na abordagem positiva da sexualidade humana, com respeito e valorização da vida e das relações pessoais. Portanto, ter saúde sexual significa ter uma vida sexual informada, agradável, segura e inclui o direito

das mulheres na tomada de decisão sobre sua sexualidade, reprodução e integridade de seu corpo.

Por ocasião daquela Conferência, o movimento também se articulou no sentido de que as conquistas relativas à segurança sexual e reprodutiva das mulheres deveriam ser ampliadas, bem como haveriam de permear as agendas de trabalhos, entretanto, sob a ótica dos direitos humanos e fundamentais. (VENTURA, 2003).

Entenda-se, por oportuno, como direito fundamental, o mínimo necessário para a existência digna da vida humana. É possível dizer, também, que os direitos fundamentais compreendem todo direito reconhecido e positivado na esfera constitucional de um determinado Estado. (SARLET, 2006). Assim, como direito fundamental, o direito à saúde visa salvaguardar tanto a saúde individual quanto a pública, e, concomitantemente, impõe deveres de proteção – pelo Estado – de ambas. (SARLET, 2006).

É necessário salientar que, embora muitas vezes os termos humanos e fundamentais sejam usados como sinônimo, para a doutrina clássica existe uma distinção. A respeito, Sarlet (2006, p. 35) diz que é até aceitável o uso indistinto dos termos, pois “[...] não há dúvidas que os direitos fundamentais, de certa forma, são também sempre direitos humanos, no sentido de que o seu titular será sempre o ser humano [...]”, mas há que se ponderar: existem diferenciações.

Portanto, diz-se que a saúde é direito humano, haja vista que outorgada a todo cidadão face sua condição humana. Por sua vez, fundamental porque reconhecido e assegurado pela ordem constitucional do Estado. (SARLET, 2006).

No esteio desse entendimento, pontua-se que as ações propostas nas Conferências realizadas no Cairo e em Pequim reafirmaram que o acesso aos direitos reprodutivos das mulheres, muito além de terem sido colocados em pauta, foi essencial ao entendimento da saúde enquanto direito reprodutivo humano e fundamental.

Já em nível nacional, o liame da questão saúde/direito reprodutivo verifica-se a partir da década de 1980. De acordo com Ávila e Corrêa (1999, p. 70), esse posicionamento

Originou-se na década de 80, do século XX, com um movimento que se definiu pela saúde da mulher. Em meados daquela década foram criados o Conselho Nacional de Estudos dos Direitos de Reprodução Humana no

Ministério da Saúde e Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Decorrente das discussões que perpassavam pela questão da universalidade e integralidade no âmbito do Movimento Sanitário desde a década de 1970, o PAISM se insere no contexto das mudanças nas políticas públicas de saúde.

Ademais, esses avanços também decorreram da criação, pela Constituição Federal de 1988 (CF/88)², do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado pelas Leis n.º 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde)³ e nº 8.142/90⁴. No intuito de alterar as desigualdades na assistência à saúde da população, o SUS se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, e torna obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. De acordo com a Lei 8.080/90, no artigo 7º, o SUS tem como alguns de seus princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; (BRASIL, 2013).

Entre as ações mais reconhecidas do SUS está a criação de Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que foram fundamentais para a mudança de posição das mulheres no contexto social. No entendimento de Osis (1998, p. 31),

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um todo, o PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções

² Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

³ Lei 8.880/90 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

⁴ Lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras.

Ora, é a partir de 1980 que emerge um novo discurso para a reprodução humana sob o prisma do direito à saúde, no qual valora e consolida-se a autonomia das pessoas na definição dos intervalos de nascimento, do número de filhos, entre outros temas correlatos à reprodução. É necessário registrar que as reivindicações do movimento de reforma sanitária brasileira se integraram às advindas de outros movimentos sociais, tais como o movimento feminista, e esse fato também contribuiu para a mudança de paradigma acerca da saúde reprodutiva.

Segundo Scavone, desde a criação do PAISM, o desenvolvimento das políticas nessa área relaciona-se à participação do movimento feminista, que busca uma definição pelas mesmas. (SCAVONE, 2006). Com isso, os direitos reprodutivos passaram a ser compreendidos não somente em sua concepção negativa (no sentido de evitar violações), mas também no aspecto afirmativo (que exige uma intervenção do poder público no intuito de efetivá-los).

Os direitos reprodutivos dizem respeito também ao planejamento familiar, e esse direito está previsto na Legislação Pátria, tanto na Carta Constitucional de 1988 (de modo específico no artigo 226, § 7º)⁵ quanto na Lei nº 9263/96 (que trata acerca do Planejamento Familiar).⁶ Abrange, pois, o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso de recursos que permitam optar livremente e de forma consciente em ter ou não filhos. Contempla o direito à escolha reprodutiva (de forma livre e por meio de informação) do número de filhos, espaçamento entre eles e método anticoncepcional a ser utilizado.

Isso consignado cabe questionar se os direitos reprodutivos abrangem também a utilização das tecnologias de reprodução assistida como uma das faces desse direito. Ora, se os direitos reprodutivos, como já dito, compreendem o direito de obter um melhor padrão de saúde reprodutiva, e se existe previsão do direito ao acesso aos meios contraceptivos, é possível dizer sim, que o acesso aos meios de

⁵ Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

⁶ Lei 9.263/96 de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

concepção, ainda que se materializem por meio do uso das técnicas de reprodução assistida (TRA), são abrangidos por aquele.

A propósito, no direito à saúde e à escolha reprodutiva está inserta a questão de ‘como reproduzir-se’, e isto remete às tecnologias de reprodução assistida. (BARBOZA, 2004).

Da mesma forma, a Lei do Planejamento Familiar⁷, em seu artigo 3º, parágrafo único, inciso I, dispõe que o planejamento inclui a assistência à concepção. Já, no artigo 9º, prevê que devem ser oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção cientificamente aceitos, desde que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo-se a liberdade de escolha.

Dito isto, afirma-se que possuir direito à saúde reprodutiva e aos direitos reprodutivos é, também, ter garantido o acesso ao uso das TRA.

Mas o que se entende por saúde reprodutiva? Em sua obra, Ventura (2004, p. 57) diz que, de acordo com a OMS, saúde reprodutiva é

[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não à simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio.

Por oportuno, registra-se que a saúde também encontra previsão na norma nacional e desponta como um direito social consagrado constitucionalmente, que no Brasil só foi garantido como dever do Estado a partir da Constituição Federal de 1988. Antes do advento desta, os serviços públicos de saúde eram prestados exclusivamente aos trabalhadores inseridos no mercado formal, e somente com a Constituição de 1988, todos os brasileiros, independente de vínculo empregatício, passaram a ser titulares desse direito. (BARROSO, 2007).

⁷ Lei 9.263/96 de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

A saúde, enquanto direito, encontra-se disposta no artigo 196 da CF/88, que prevê:

Art. 196. A saúde é 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. (BRASIL, 2013, p. 105).

Foi por meio dessa diretriz constitucional que se estabeleceram direitos e deveres, bem como princípios aplicáveis à atuação governamental, tal como o da universalidade (pelo qual se deve garantir a todas as pessoas o acesso às ações e serviços). (BARROSO, 2007).

Inerente ao acima disposto, emerge, nesse contexto, o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, e não há como dissociá-lo do direito à saúde e dos direitos reprodutivos, posto que a dignidade se constitui em verdadeira condição da democracia e legitima toda ordem estatal. (SARLET, 2006).

Não obstante, a CF/88, ao instituir a dignidade da pessoa humana como princípio fundamental, estabelece, via de consequência, que cabe ao Estado e a todos os seus entes públicos o dever de proteção, respeito e salvaguarda dos direitos de seus cidadãos. Portanto, foi com a promulgação da CF/88 que a saúde, que os direitos reprodutivos passaram a vigorar como direito de todos e dever do Estado, os quais, muito além de serem direitos fundamentais, podem ser considerados como os mais básicos dos direitos humanos.

Mas não basta a criação de direitos pelo Estado. Faz-se necessário, também, que o Estado propicie meios efetivos ao seu exercício. Sobre o assunto, Baranoski e Luiz (2009) manifestam-se:

O acesso aos direitos implica no reconhecimento do indivíduo, em suas múltiplas facetas, sob a ótica do princípio da igualdade, da justiça social, da dignidade da pessoa humana, não como manifestação conceitual de um direito natural positivado, mas sim, como princípio fundamental inserido na vida e na práxis humana, ou seja, como materialização dos direitos conquistados.

Cabe, pois, ao Estado, a realização de medidas voltadas à proteção da saúde das pessoas, quer seja efetivando o direito em sua dimensão negativa (notadamente no sentido de não interferência na saúde dos indivíduos), ou na forma positiva (organizando instituições e procedimentos direcionados à tutela individual e coletiva da saúde, tomando providências para o atendimento dos deveres de

proteção, fornecendo diretamente os bens materiais necessários à prestação da assistência à saúde e aos direitos reprodutivos). (SARLET; FIQUEIREDO, 2008). Nesse sentido, a responsabilidade de garantir o acesso às TRA, provendo tratamentos para a infertilidade e os recursos necessários para o tratamento, é do Estado.

Para que se tenham concretizados os direitos reprodutivos, há que se ter acesso universal e igualitário aos serviços de saúde reprodutiva e cabe ao Estado, via políticas públicas, garanti-lo. Mas, cabe questionar, por que o Estado ainda não se organizou de tal forma a garantir o acesso aos serviços de reprodução assistida? Quais as barreiras para essa concretização?

Pois bem, estudos realizados demonstram que os impactos financeiros são determinantes à não implementação desses serviços, tanto que, sob esse argumento, duas portarias do Ministério da Saúde que regulamentavam acerca das providências necessárias para implantar os serviços reprodutivos em todo o país foram suspensas no ano de 2005.

E mais, cumpre destacar que os procedimentos relativos às tecnologias reprodutivas deparam-se também com problemas de cunho político e jurídico. Com relação ao aspecto jurídico, Bucoski e Silveira (2008, p. 304) apontam para a necessidade de ser invocada a reserva do possível, “[...] no sentido daquilo que o indivíduo possa esperar razoavelmente da sociedade a ponto de gerar uma concreta pretensão individual, demandável juridicamente por parte do cidadão”.

Ora, se para a implementação dos direitos dos indivíduos muitas vezes se têm custos públicos, a reserva do possível atua como reserva financeira do possível. Sendo assim, é mister salientar que a reserva do possível encontra-se atrelada à efetiva disponibilidade fática de recursos (quer sejam materiais ou humanos), à questão da proporcionalidade da prestação, à sua exigibilidade e à sua razoabilidade. (BUCOSKI; SILVEIRA, 2008).

Portanto, há que se concentrar esforços no intuito de se dar guarida jurídica, financeira e social aos indivíduos, também em questões reprodutivas. De acordo com Ventura (2003, p. 54), a efetiva implementação dos direitos reprodutivos demanda políticas públicas específicas que assegurem um conjunto de direitos indispensáveis para o seu livre exercício, ou seja,

Demanda uma ação político-jurídica emancipatória, criativa e transformadora que, enfrentando os tabus, assegure aos indivíduos a titularidade dos direitos, garantindo o exercício de sua sexualidade e de sua capacidade reprodutiva, com plena autonomia e dignidade.

Sendo assim, é preciso compreender que o acesso às TRA também se constitui em um modo de assegurar a saúde reprodutiva, haja vista que há um direito a ser preservado e que está inserto no rol dos direitos reprodutivos.

Ora, o incessante progresso da Biotecnologia e da Biomedicina proporcionou ao homem o conhecimento do fenômeno da reprodução humana. Esse avanço científico possibilita a intervenção a fim de criar condições favoráveis para a implementação da saúde reprodutiva e do planejamento familiar, via Reprodução Humana Assistida (RHA), a qual, de acordo com Diniz, constitui-se em um marco da revolução tecnológica da Biomedicina. (DINIZ, 2003).

As tecnologias da reprodução assistida, no entendimento de Fortes (1993, p. 61): “[...] devem visar o bem estar do ser humano e, portanto, seus resultados e suas conseqüências devem ser limitados pela manutenção das garantias e liberdades dos indivíduos”.

No contraponto, há que se dizer que a garantia de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde reprodutiva, através de políticas públicas, estão ligados, em países com marcada desigualdade social (como o Brasil) com a exigência do cotejo entre a necessidade da prestação e a real possibilidade em supri-la. (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL

A demanda relacionada ao uso das tecnologias de reprodução assistida no Brasil aumenta a cada ano, e o crescente uso dessas técnicas associa-se, na maioria das vezes, aos casos de infertilidade feminina em virtude do adiamento da maternidade para após os 30 anos. E apesar desse adiamento ter maior prevalência nas mulheres de nível social mais elevado, esse fato também se verifica entre as mulheres das classes sociais de baixa renda. (GARCIA et al., 2012).

Estudos demonstram que os casos de infertilidade têm sido estimados entre 9% e 15% dos casais que coabitam nos países em desenvolvimento. (LARSEN,

2005). Já a procura pelo tratamento gira em torno de 56% e 70%. (BOIVIN et al., 2007).

E mais, publicações recentes mostram que, nos países em desenvolvimento, os serviços para o tratamento da infertilidade e que disponibilizem o acesso a TRA recebem pouca atenção do Estado, sendo negligenciados pelos governos. Muitas vezes, o serviço é indisponível e, quando disponível, a um custo muito elevado para a maioria da população. (VAN BALEN; GERRITS, 2001).

Por outro lado, mesmo tendo se passado quase 30 anos desde o primeiro nascimento proveniente do uso das TRA, o tratamento da infertilidade por meio dessas tecnologias ainda é inacessível para muitos homens e mulheres de poucos recursos. (OMBELET et al., 2008).

Por sua vez, o acesso ao uso das TRA é garantido constitucionalmente, evidenciado pelos princípios da universalidade, dignidade da pessoa humana, bem como da igualdade (segundo o qual, todos são iguais perante a lei, sem qualquer forma de distinção). (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

Tendo por base dados do senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010⁸, existem, no país, cerca de quarenta e sete milhões de mulheres em idade reprodutiva e cerca de quatro milhões de casais inférteis, o que revela a magnitude da questão.

É importante registrar que não foram localizados dados nacionais que apontassem a faixa de renda dos casais e/ou mulheres com diagnóstico de infertilidade, pois os indicadores sociais⁹ revelam, prioritariamente, as características da reprodução da população em termos de sua composição etária, padrões de mortalidade e padrão reprodutivo (no que diz respeito à relação entre a fecundidade, idade e nível de estudo).

Não obstante, questiona-se se existem, no Brasil, políticas públicas tangentes à reprodução assistida que permitam – de forma igualitária – o acesso ao uso dessas técnicas por toda população que delas venha necessitar.

⁸ Informações retiradas do site oficial do IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2013.

⁹ Informações retiradas do site oficial do IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2014.

1.2.1 Conceituação de Políticas Públicas e a Reprodução Assistida no Direito Comparado

Políticas públicas, para Bucci (2006, p. 241), são: “[...] programas de ação governamental visando a coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados”.

A política designa a espécie de padrão de conduta que assinala uma meta a alcançar, geralmente uma melhoria em alguma característica econômica, política ou social da comunidade. (BUCCI, 2006).

Com efeito, ainda que a política pública possa consistir em um programa de ação governamental, ela não se exprime necessariamente no instrumento jurídico do plano. O conceito de política pública possui dimensões valorativas e demonstram os fins da ação governamental.

Do ponto de vista prático, transcende os instrumentos normativos do programa de ação governamental, já que, segundo Bucci (2006, p. 95): “[...] as políticas públicas são os programas de ação governamentais para a realização de objetivos determinados, num certo espaço de tempo.”, enquanto o plano: “[...] é o processo de escolha dos meios para a realização dos objetivos do governo [...]”.

O fundamento das políticas públicas é a existência dos direitos sociais, ou seja, daqueles direitos que precisam se concretizar mediante prestações positivas do Estado. (BREUS, 2007). Portanto, sendo a saúde reprodutiva um direito social, passa-se a analisar se existem, no Brasil, normatizações e/ou serviços públicos correlatos. Mas, antes de abordar sobre o assunto no contexto brasileiro, destaca-se que, em nível internacional, a legislação acerca do tema é incipiente e não dá guarida à totalidade dos aspectos relativos à reprodução assistida, pois, embora existam regulamentações, a constante evolução da ciência torna a legislação rapidamente obsoleta.

Enquanto em países como Dinamarca, Itália e Espanha, o governo oferece ou subsidia tratamentos de reprodução assistida, pois existe o incentivo à procriação em virtude do baixo índice de natalidade, outros países pouco ou em nada contribuem e isso está atrelado, em muitos casos, à questão econômica do país, já

que são necessários investimentos (quer seja em estrutura, quer seja em tecnologia). (LEITE; HENRIQUES, 2014).

Cumprе destacar que é crescente o número de países que utilizam leis ou guia de referência acerca da reprodução assistida, pois a cada dia a procura por tratamentos reprodutivos aumenta.

Os Estados Unidos foram pioneiros no assunto reprodução, pois lá se desenvolveu a inseminação artificial heteróloga (que é uma técnica de reprodução assistida que envolve a doação de gametas de terceiro anônimo estranho ao casal). (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010).

Entretanto, no que tange à normatização, o sistema americano não possui uma legislação nacional que trate do assunto, mas cada Estado-membro regulamenta sua situação. Assim, mesmo sendo ampla a forma de legislar, vale registrar que o embrião é considerado um ser humano a quem devem ser reconhecidos todos os direitos do homem e, nesse sentido, afirma Cruz (2008, p. 121-122):

[...] em meados dos anos 60, vários Estados norte-americanos editaram legislações regulamentando aspectos relacionados à filiação resultante da inseminação heteróloga. Os textos legais destes Estados permitiam somente o uso da técnica por pessoas casadas, mas foi na década de 80 que alguns Estados constituíram comissão para estudar e apresentar sugestões sobre as técnicas, como no caso de maternidade de substituição.

A possível remuneração – na maternidade de substituição – é rechaçada pela maioria dos doutrinadores. Com relação aos embriões excedentes, a opção mais comum é o congelamento dos mesmos. No que tange à paternidade, todas as leis que tratam sobre o tema determinam que esta seja atribuída ao cônjuge ou convivente que forneceu o espermatozóide e deu seu consentimento expresse para a realização do procedimento, da mesma forma ocorrendo quando o material genético utilizado é de terceiro. (CRUZ, 2008).

É oportuno registrar que a formulação de políticas públicas reprodutivas encontra-se intimamente ligada à cultura de cada país e sendo assim, são divergentes, em alguns aspectos.

Outrossim, o primeiro país a regulamentar procedimento relativo à reprodução assistida foi a Austrália, que desde 1970 desenvolve estudos sobre o assunto. A normatização proíbe a venda de gametas, mas permite o reembolso das despesas médicas do doador. Proíbem-se ainda, os contratos de locações de

úteros, mas se autoriza que os serviços de reprodução decidam sobre o destino e armazenamento das células reprodutivas doadas. Nessa legislação é possível, também que embriões humanos criopreservados¹⁰ sejam utilizados em pesquisas. (FERNANDES, 2005).

A reprodução assistida no Canadá encontra disposição legal apenas em Québec e Yukon. De modo específico, em Québec, é necessário o atendimento de alguns requisitos para a realização das técnicas, tais como: consentimento informado, presunção de paternidade decorrente da vontade procriacional, permissibilidade da utilização de todas as técnicas. Em Yukon, a lei que versa sobre o tema se assemelha à Resolução nº 1358, de 1992, do Conselho Federal de Medicina do Brasil, pois considera pai o doador do sêmen, se a reprodução é homóloga; e quando heteróloga, apenas se o pai expressamente concordou com a prática. (CRUZ, 2008).

Na Europa, cada país possui sua norma específica, mas todos devem seguir as Diretivas do Parlamento Europeu (que aprovou critérios para a doação, aquisição, processamento, preservação, armazenamento e destruição de tecidos e células humanos). (FERNANDES, 2005).

A Espanha, por exemplo, editou, em 1988, a Lei nº 35 que abrange sobre as técnicas de reprodução humana assistida, cuja finalidade está voltada para a valorização da saúde do cidadão por meio da facilitação da fecundação e da prevenção/tratamento de enfermidades de origem genética ou hereditária. Ainda segundo a legislação, resta proibida a gravidez por substituição, mas é possível que qualquer mulher (solteira ou não) seja usuária da técnica, sendo necessário o consentimento de maneira livre e consciente. A lei qualifica doação de gameta e pré-embriões como um contrato gratuito, formal e sigiloso que será acordado entre doadores maiores de 18 (dezoito) anos e as clínicas. (CRUZ, 2008).

Embora essa norma tenha surgido imersa em polêmicas, no entendimento de Gama (2003, p. 268):

[...] a lei espanhola criou um sistema de registro nacional informatizado de doadores de gametas e embriões, com a obrigatoriedade do registro de toda criança nascida com o emprego dos diferentes doadores, além do

¹⁰ Criopreservação é um processo onde células ou tecidos são preservados através do congelamento a temperaturas muito baixas. Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Criopreserva%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

nome dos casais ou mulheres que tenham recebido a doação, o que denota preocupação com os casos de reprodução heteróloga, com doadores de sêmen [...].

Por sua vez, a situação da reprodução assistida na Itália encontra regulamentação na Lei nº 40, de 2004, que fixa princípios visando à utilização das tecnologias a fim de solucionar os problemas da reprodutividade face à esterilidade ou infertilidade, e tutela os direitos do conceito. O acesso é permitido às pessoas que tenham atingido a maioridade, cônjuge ou convivente, desde que esteja vivo. A técnica heteróloga é aceita, desde que atendidos dois requisitos:

a) o cônjuge ou convivente, ao consentir no uso da técnica heteróloga, não poderá utilizar, em nenhuma hipótese, da ação de desconhecimento de paternidade; b) que entre o terceiro doador e o nato não há nenhuma relação jurídica parental ou de obrigações. (CRUZ, 2008, p. 211).

Muito semelhante à norma da Itália, a França possui duas Leis de 1994 (nº 94-653 e nº 94-654) que tratam sobre a RHA. Da mesma forma, o Código Civil francês traz regras referentes ao uso das técnicas e, no capítulo que aborda sobre a filiação, por meio da Lei nº 2.003-516, é criada uma seção totalmente dedicada à reprodução. De acordo com essa normativa, a reprodução heteróloga é permitida, embora não se configure a presunção da paternidade. Regulam-se, ainda, os pressupostos necessários para uso da tecnologia (consentimento, anonimato), bem como as situações em que o consentimento perde o efeito (revogação, morte, apresentação de demanda divórcio ou separação de corpos, fim da convivência). Nessa normatização, é vedada a reprodução após a morte e a doação de embriões. (CRUZ, 2008).

A legislação da Argentina aponta para uma linha tradicional. O Direito de Família reconhece que o embrião (desde a concepção) é pessoa humana, sendo autorizada a utilização de técnicas artificiais de fertilização homólogas. De outro lado, segundo Gama (2003, p. 310), as técnicas heterólogas não são recomendadas: “Éticamente, esta última forma não é recomendada neste país, contudo, sendo realizadas, os filhos advindos serão presumidamente do marido, que consentiu com a inseminação”. No que diz respeito ao instituto da maternidade de substituição, a posição é pela inadmissibilidade. Por fim, é importante destacar que inexistente, no país, legislação expressa sobre o tema. (CRUZ, 2008).

Destaca-se, por derradeiro, o avanço da normatização da Costa Rica, que apesar de não regulamentar toda a situação correlata à RHA, no seu Código de Família (Lei n ° 5.476, de 1973) traz dispositivo expresso sobre a inseminação artificial, reconhecendo sua existência na sociedade. Nas palavras de Cruz (2008, p. 195): “[...] o Código de Família destaca que a inseminação artificial realizada pela mulher com sêmen do marido ou de terceiro estabelece com o primeiro a presunção de paternidade, não tendo direito algum o terceiro participante”. Portanto, naquele país, não existem proibições relativas à inseminação heteróloga ou à doação de sêmen, sendo admitido (ainda que implicitamente) o uso das tecnologias de reprodução assistida, desde que com o expresso consentimento do marido. (CRUZ, 2008).

As normatizações apontadas não regulamentam todas as situações existentes correlatas ao uso das tecnologias reprodutivas (e suas consequências). Independentemente do Estado ou Nação, a descoberta e o avanço da biotecnologia causam impacto à vida e ao desenvolvimento da sociedade sendo necessário o estudo e a criação de leis, bem como aprimoramento das já existentes a fim de que se alinhem direitos e deveres, sopesando valores como o direito à vida, à saúde reprodutiva, à dignidade e ao planejamento familiar.

1.2.2 Normatização da Reprodução Humana Assistida no Brasil

No Brasil, embora a busca pelo tratamento da infertilidade via reprodução humana assistida mostre-se crescente, os aspectos normativos são incipientes e estão aquém das demandas trazidas pelas TRA. A inexistência de legislação específica tangente à reprodução permite que o Conselho Federal de Medicina (CFM), via resoluções, atue de modo a tentar sanar essa lacuna legal.

Assim, em que pese existir posituação acerca do direito à saúde, dos direitos reprodutivos e do direito ao planejamento familiar, não há, na legislação pátria, lei que trate sobre a reprodução assistida.

A Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/2005)¹¹, publicada em 2005, no que diz respeito à reprodução assistida, apenas trata de situações que abrangem o uso e o descarte de embriões. Referido diploma legal aprovou o uso de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* desde que não utilizados no procedimento. A propósito, também conhecida por FIV, a fertilização *in vitro* é uma técnica de reprodução medicamente assistida que consiste na colocação, em ambiente laboratorial (*in vitro*), de um número significativo de espermatozoides ao redor de cada ovócito, procurando obter pré-embriões de boa qualidade que serão transferidos, posteriormente, para a cavidade uterina. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010).

A norma aponta outros requisitos necessários para a utilização das células-tronco, quais sejam: que exista a autorização dos genitores, bem como, que os embriões sejam considerados inviáveis ou já estivessem congelados há três anos ou mais (da data de publicação da lei). Com relação ao descarte, a Lei de Biossegurança dispôs sobre o dever dos sujeitos participantes do processo em zelar pela guarda dos embriões excedentes.

Outro dispositivo que aborda sobre a reprodução assistida, mas tão somente no tocante à questão da filiação, é o Código Civil de 2002, que no artigo 1597, incisos III, IV e V, trata sobre a questão dos filhos advindos por fecundação.¹² Todo o restante do debate permanece sem qualquer previsão também nessa norma. (BRASIL, 2012).

Embora o dinamismo desde o surgimento das tecnologias reprodutivas, não há regulação específica sobre o assunto e poucas situações encontram guarida, mas tão somente em portarias, notas técnicas e resoluções.

¹¹ Lei 11.105/05 de 24 de março de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11105.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

¹² Art. 1.597. Presumem-se concebidos na constância do casamento, os filhos:
I - nascidos cento e oitenta dias, pelo menos, depois de estabelecida a convivência conjugal;
II - nascidos nos trezentos dias subsequentes à dissolução da sociedade conjugal, por morte, separação judicial, nulidade e anulação do casamento;
III - havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido;
IV - havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga;
V - havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido.

Por oportuno, registra-se que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 426, de 22 de março de 2005¹³, em atenção ao fato que, àquela época, entre 8% e 15% dos casais tinham algum problema de infertilidade durante sua vida fértil, bem como considerando que o planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, cujo foco era a garantia do atendimento, pelo SUS, de casais inférteis e que não tivessem condições financeiras para o tratamento, no intuito de que levassem a efeito o planejamento familiar, e, assim, pudessem exercer em sua totalidade o seu direito reprodutivo, ou seja, pudessem reproduzir.

De acordo com essa Portaria, a política nacional de atenção integral em reprodução assistida deveria ser implantada em todas as unidades federadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. Entre outras disposições, a Portaria nº 426/2005¹⁴ abrangia o dever de organizar uma linha de cuidados integrais relativos à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade, bem como desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública. Tinha, ainda, como objetivo, a definição de critérios mínimos para o funcionamento, monitoramento e a avaliação dos serviços que realizassem os procedimentos e as técnicas de reprodução assistida.

Pois bem, ainda no ano de 2005, mais precisamente em 06 de julho, o Ministério da Saúde, considerando, entre outros aspectos, a necessidade de regulamentar a atenção em reprodução humana assistida de forma a adotar mecanismos capazes de permitir o acesso às tecnologias, bem como a necessidade de definir as ações de assistência à concepção e os protocolos clínicos/procedimentos relativos aos serviços de RHA, instituiu a Portaria de nº 388/2005.¹⁵

Por meio dessa Portaria, determinou que as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal adotassem, em conjunto com os Municípios,

¹³ Portaria do Ministério da Saúde nº 426/GM de 22 de março de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>. Acesso em: 16 jun. 2012.

¹⁴ Portaria do Ministério da Saúde nº 426/GM de 22 de março de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>. Acesso em: 16 jun. 2012.

¹⁵ Portaria do Ministério da Saúde nº 388, de 06 de julho de 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-388.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2012.

providências necessárias para organizar e implementar as redes estaduais, as municipais e do Distrito Federal, de “Atenção em Reprodução Humana Assistida”, desde serviços que contemplassem a prevenção e recuperação na atenção básica, até serviços de média e alta complexidade, sendo que o Estado seria o responsável pela coordenação dessa rede.

Segundo essa Portaria, os serviços de referência deveriam compreender desde a atenção diagnóstica e terapêutica especializada, acompanhamento psicossocial (com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento), até a inseminação artificial e avaliação genética. Somente os casais inférteis, os portadores de doenças genéticas, bem como os portadores de doenças infecto-contagiosas, em especial os portadores do HIV e das Hepatites virais seriam os beneficiários. Essa Portaria trazia, também, disposição acerca do credenciamento de serviços junto ao SUS, os quais haveriam de ser vistoriados pela vigilância sanitária, bem como deveriam cumprir as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Entretanto, as metas do Ministério da Saúde inseridas nas Portarias de nº 426/2005¹⁶ e nº 388/2005¹⁷, embora honrosas, infelizmente não cumpriram seu objetivo, haja vista que pouco tempo após suas publicações, mais precisamente em 13 de julho de 2005, o próprio Ministério, por meio da Portaria nº 1.187/2005¹⁸ e sob o argumento que seria necessário analisar os impactos financeiros das medidas, suspendeu a validade de ambas as portarias pelo período de trinta dias. Ocorre que, na verdade, as portarias sobreditas encontram-se – até a presente data – suspensas e sem eficácia. Seus possíveis beneficiários, por conseguinte, sem a possibilidade de acesso aos serviços de RHA de forma gratuita.

Diante da suspensão das Portarias, as únicas regulações vigentes para a atuação de serviços de reprodução assistida estão a cargo da ANVISA (que se limita a questões de ordem sanitária) e do CFM (que trata acerca de questões éticas). Tanto a ANVISA quanto o CFM manifestam-se por meio de normas/notas técnicas,

¹⁶ Portaria do Ministério da Saúde nº 426/GM de 22 de março de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>. Acesso em: 16 jun. 2012.

¹⁷ Portaria do Ministério da Saúde nº 388, de 06 de julho de 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-388.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2012.

¹⁸ Portaria do Ministério da Saúde nº 1.187/2005, de 13 de julho de 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/visualizar_texto.cfm?idtxt=23472>. Acesso em: 16 jun. 2012.

resoluções, as quais, embora não tenham força de lei, podem resultar em punições aos profissionais em caso de descumprimento. (GARCIA et al., 2012).

A ANVISA, em 2006, publicou a Resolução de nº 33/2006¹⁹, pela qual aprovou Regulamento Técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTGs), também denominados de clínicas ou laboratórios de RHA.

Oportuno dizer que à época, a única Resolução sobre o assunto era do CFM, de nº 1.358/1992²⁰, que trazia normas éticas para a utilização das técnicas de RHA. Por essa Resolução, se assegurava o sigilo dos procedimentos e a não comercialização do corpo humano e de gametas. Entre outras disposições, a resolução previa, sobre o consentimento informado (nos casos de fertilização *in vitro*), a limitação do número de receptores por doação, delimitava um prazo máximo para o desenvolvimento de um embrião fora do corpo, proibia a redução e o descarte de embriões, permitia a seleção embrionária (somente a fim de evitar a transmissão de doenças hereditárias), permitia a geração dos embriões pela própria doadora ou mediante cessão, autorizava a doação temporária do útero entre mulheres ou gestação substituta (desde que possuísem parentesco até o segundo grau), permitia a fertilização *in vitro* em mulheres capazes solteiras, e no caso de serem casadas ou estando em união estável, desde que houvesse a aprovação do cônjuge ou do companheiro.

Em 2010, o CFM publica nova Resolução, de nº 1957/2010²¹, que substitui a Resolução nº 1.358/92²² em sua totalidade. Por essa nova Resolução, passaram a ser contemplados avanços tecnológicos e científicos no campo da RHA (como por exemplo, a reprodução assistida após a morte do doador falecido), bem como

¹⁹ Resolução nº 33/2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 17 de fevereiro de 2006. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Sangue+Tecidos+e+Orgaos/Assunto+de+Interesse/Publicacoes+e+Apresentacoes/Notas+Tecnicas/20110603>. Acesso em: 10 jan. 2012.

²⁰ Resolução nº 1.358/1992 do Conselho Federal de Medicina, de 11 de novembro de 1992. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.htm>. Acesso em: 22 jul. 2012.

²¹ Resolução nº 1.957/2010 do Conselho Federal de Medicina, de 15 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957_2010.htm>. Acesso em: 22 jul. 2012.

²² Resolução nº 1.358/1992 do Conselho Federal de Medicina, de 11 de novembro de 1992. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.htm>. Acesso em: 22 jul. 2012.

comportamentais, pois mais pessoas passaram a ser beneficiárias das técnicas, independente de estado civil, bastando que fossem capazes.

Já em 2013, considerando a importância da infertilidade como um problema de saúde e face ao reconhecimento da união estável homoafetiva como entidade familiar pelo Supremo Tribunal Federal, o CFM publica a Resolução nº 2.013/2013²³, que entrou em vigor na data de 16 de abril de 2013. Dispondo sobre as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, esse novo regramento revoga a Resolução nº 1.957/10²⁴ do CFM. De acordo com a nova resolução, limitam-se para quatro os óocitos²⁵ e embriões a serem transferidos para a receptora e deve-se levar em consideração a idade da mulher (que não pode ser superior aos cinquenta anos). Outra grande mudança está relacionada à possibilidade de que os casais homoafetivos sejam beneficiados com a utilização da tecnologia, desde que sejam capazes.

Contudo, é importante reafirmar que o fato das resoluções do CFM não possuir força de lei torna necessária a aprovação de normatização que aborde sobre a reprodução humana assistida em todos os aspectos: uso das tecnologias, limites à utilização, acesso, entre outros.

Não obstante, é importante registrar que existem Projetos de Lei (PL) que abrangem a discussão, sendo que alguns continuam em trâmite e outros se encontram arquivados. Segundo Garcia et al. (2012), dos 16 projetos apresentados entre os anos de 1993 a 2010, seis ainda continuam a tramitar, dos quais cinco na Câmara dos Deputados e um no Senado Federal.

Os projetos que tramitavam na Câmara dos Deputados foram anexados, ou seja, incorporados e seguem juntos. Sendo assim, atualmente existe apenas um projeto cujo número é 1.184/2003.²⁶ (GARCIA et al., 2012).

²³ Resolução nº 2013 do Conselho Federal de Medicina, de 16 de abril de 2013. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2013.

²⁴ Resolução nº 1.957/2010 do Conselho Federal de Medicina, de 15 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957_2010.htm>. Acesso em: 22 jul. 2012.

²⁵ Um óocito, óocito ou *ocytus*, é um germe célula envolvido na reprodução. Em outras palavras, é um óvulo imaturo, ou célula-ovo. Disponível em <<http://www.dicionarioinformal.com.br>>. Acesso em: 25 de jun. 2013.

²⁶ Projeto de Lei nº 1.184/2003. Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=137589&filename=PL+1184/2003>. Acesso em: 10 jan. 2012.

Alguns destes Projetos retomam disposições contidas na Resolução nº 1.358/92 do CFM.²⁷ Outros, como por exemplo, o PL nº 4.889²⁸, proposto em 2005 por Salvador Zimbaldi, versa sobre o funcionamento das clínicas de reprodução assistida. (GARCIA et al., 2012).

Já, o Projeto de Lei nº 90/99²⁹, de autoria do Senador Lúcio Alcântara, prevê acerca dos procedimentos e estabelece que estes possam ser utilizados por mulheres casadas ou em união estável, bem como pelas solteiras. Pelo texto, é permitida a utilização em pesquisas dos gametas dos usuários dos serviços e a maternidade de substituição, com algumas ressalvas. O projeto diz, ainda, que a criança poderá ter acesso à identidade civil do doador e que no caso de inseminação *post mortem*³⁰ não será reconhecida a paternidade. (GARCIA et al., 2012).

Por sua vez, o Projeto de Lei Substitutivo ao nº 90/99³¹ (PL nº 1.184/03)³², de autoria do Senador Roberto Requião, estabelece que somente casais (casados ou em união estável) podem ter acesso à técnica e da mesma forma que o anterior, permite a utilização dos gametas em pesquisas, mas veda a criopreservação e o congelamento de embriões. Quanto à inseminação *post mortem*, dispõe que a filiação seja reconhecida se houver a devida autorização em testamento do depositário dos gametas. (GARCIA et al., 2012).

Todo o escorço acima demonstra a urgência de elaboração e aprovação de uma normatização específica. Ora, a utilização das tecnologias reprodutivas como meio de solucionar o problema da infertilidade é situação diante da qual o legislador não pode quedar-se inerte.

²⁷ Resolução nº 1.358/1992 do Conselho Federal de Medicina, de 11 de novembro de 1992. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.htm>. Acesso em: 22 jul. 2012.

²⁸ Projeto de Lei nº 4.889/2005. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=40FB6879C06161C17AA5E5FD3BBE21A4.node2?codteor=282844&filename=PL+4889/2005>. Acesso em: 10 jan. 2012.

²⁹ BRASIL. Análise preliminar do Projeto de Lei do Senado nº 90 de 1999. Disponível em: <http://www.ghente.org/doc_juridicos/parecer90.htm>. Acesso em: 20 ago. 2011.

³⁰ Termo latim que significa após a morte. No texto, remete ao entendimento de inseminação após a morte do doador do material genético. Disponível em <<http://pt.wikipedia.org>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

³¹ BRASIL. Análise preliminar do Projeto de Lei do Senado nº 90 de 1999. Disponível em: <http://www.ghente.org/doc_juridicos/parecer90.htm>. Acesso em: 20 ago. 2011.

³² Projeto de Lei nº 1.184/2003. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=137589&filename=PL+1184/2003>. Acesso: em 10 jan. 2012.

Portanto, é preciso uma lei que disponha sobre a reprodução assistida de forma que muito além de abordar sobre as tecnologias, permita a efetivação dos direitos reprodutivos e, por conseguinte, do planejamento familiar, assegurando a efetivação dos princípios constitucionais do direito à saúde e dos direitos reprodutivos.

1.2.3 Serviços de Reprodução Humana Assistida no Brasil: Públicos e Privados

No Brasil, os serviços de reprodução humana assistida estão muito aquém da demanda e, na grande maioria, são prestados por clínicas particulares. Mas determinar com exatidão o número de clínicas que realizam os procedimentos é uma tarefa sem possibilidade de obter dados precisos, pois não existe um cadastramento obrigatório das mesmas. De acordo com Garcia et al. (2012, p. 4): “O único registro obrigatório é da ANVISA³³, por meio do sistema de Produção de Embriões (SisEmbrio)³⁴; entretanto, esse cadastramento é para os chamados Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCGTs)”.

Pois bem, esses bancos de células nada mais são do que bancos de armazenamento dos gametas e embriões, os quais são necessários para a

³³ Lei de Biossegurança, em seu Artigo 5º, autoriza a utilização, para fins de pesquisa e terapia, de células-tronco embrionárias obtidas a partir de embriões produzidos por fertilização *in vitro* em procedimentos de reprodução humana assistida e não utilizados no respectivo procedimento, sob determinadas condições. Para regulamentar este dispositivo legal, em dezembro de 2005, foi publicada a Portaria n.º 2.526 que atribui competência à Anvisa para elaborar e manter um cadastro nacional dos embriões produzidos por fertilização *in vitro* em procedimentos de reprodução humana assistida e não utilizados no respectivo procedimento. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

³⁴ O Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio) é um sistema desenvolvido pela Anvisa, que tem como objetivo criar um banco de dados sobre a produção de células germinativas (oócitos) e embriões humanos armazenados nos Bancos de Células e Tecidos Germinativos-BCTGs, mais conhecidos como clínicas de Reprodução Humana Assistida. Pelo sistema, é possível saber o número de embriões humanos produzidos pela técnica da FIV no País e que não foram implantados, bem como o número de embriões a serem destinados para a pesquisa. O sistema criado em 2008, contempla, além dos dados de produção de embriões, outros dados de produção, de forma a possibilitar a análise de indicadores de qualidade dos BCTGs; como, por exemplo, a média das taxas de fertilização das clínicas. O abastecimento do SisEmbrio é anual e o reporte de dados do ano anterior deve ser feito até 31 de janeiro do ano subsequente. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

realização de determinados procedimentos correlatos à reprodução assistida, tal como aqueles de alta complexidade³⁵, como a fertilização *in vitro* (FIV) e a seleção de espermatozóide e posterior injeção intracitoplasmática no óvulo (ICSI). Entretanto, muitas clínicas não possuem os BCTGs e terceirizam o armazenamento, bem como os serviços para os procedimentos de implantação do embrião, e, com isso, não se vinculam ao cadastro do SimEmbrio da ANVISA. Portanto, há inexatidão nos dados, pois a clínica que não possui o BCTGs não é obrigada a cadastrar-se junto à ANVISA. (GARCIA et al., 2012).

Certamente, os dados não refletem a totalidade dos serviços existentes no território nacional, os quais, de acordo com a ANVISA, em 2008 apontaram para apenas 50 clínicas. Já em 2011, ocorre um aumento e o número passa para 72, sendo que até a data de 22/06/2012, o SisEmbrio recebeu dados de 77 BCTGs referentes à produção de embriões do ano de 2011.

Existem, ainda, outras entidades, tais como a Rede Latino Americana de Reprodução Assistida e a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, que realizam cadastros das clínicas, mas igualmente não obrigatórios. (GARCIA et al., 2012).

Embora não se tenham dados da totalidade de clínicas que realizam procedimentos de reprodução assistida, em um estudo de âmbito nacional realizado por Samrsla et al. (2007), em 2004, foram identificadas apenas seis unidades de saúde pública que ofereciam o tratamento totalmente gratuito, segundo o Dossiê da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida.

Já em 2012, Garcia et al. (2010, p. 5) registrou a totalidade de

[...] 217 serviços que oferecem o tratamento para a reprodução humana assistida no Brasil. Destes, nove são pertencentes a instituições públicas, dos quais quatro oferecem tratamento de fertilização *in vitro* inteiramente gratuito e cinco oferecem tratamento parcialmente gratuito.

Na pesquisa realizada por Garcia et al. (2012), os hospitais que ofereciam o tratamento completo (exames, procedimentos clínicos e medicamentos) sem qualquer custo para os pacientes eram, até 2012: o Hospital Pérola Byington, de

³⁵ Os procedimentos relativos às tecnologias de reprodução assistida podem ser de baixa ou alta complexidade. Os de baixa compreendem a estimulação ovariana no intuito da inseminação artificial. Já, os de alta consistem na estimulação ovariana para realizar a FIV ou a ICSI. (GARCIA et al., 2012).

São Paulo; o Hospital das Clínicas, de São Paulo; o Hospital Regional da Asa Sul, do Distrito Federal; e o Instituto Materno Infantil, de Pernambuco. Já os hospitais Universitário de Ribeirão Preto, Universitário da Universidade Federal de São Paulo, das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, das Clínicas de Porto Alegre e Fêmima de Porto Alegre ofereciam apenas parte do tratamento de forma gratuita (exames, consultas), mas todos os medicamentos deveriam ser custeados pelos pacientes.

Atualmente, o setor de reprodução assistida do Hospital Pérola Byington não está mais atendendo novas pacientes de forma gratuita, vez que existem muitos casais já cadastrados e que aguardam uma longa fila (mais de quatro anos) de espera para o tratamento. Assim, desde o início de 2013, o Hospital está priorizando pacientes que já estão cadastrados. Já o Hospital das Clínicas de São Paulo, o Hospital Regional da Asa Sul do Distrito Federal e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco continuam prestando serviços de forma totalmente gratuita.

No Paraná, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em parceria com uma clínica particular localizada em Curitiba, criaram um programa de fertilização *in vitro* denominado “FIV”. Esse programa buscava atender as pessoas menos favorecidas e todo o tratamento custava apenas R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), que eram destinados à medicação e eram custeados pela paciente. O FIV começou a funcionar em 2008 e atendia dez novos casais por mês. No entanto, foi interrompido e atualmente esse hospital não realiza mais os serviços, mas tão somente consultas e exames. Da mesma forma, no Estado do Paraná, não existem serviços públicos que realizem procedimentos de média e alta complexidade relativos à reprodução humana assistida de forma inteiramente gratuita.

É oportuno dizer que o grande dilema enfrentado por todos aqueles que prestam os serviços de reprodução assistida gratuitos é a crescente busca dos tratamentos pela população em situação de pobreza, pois, de um lado, existe a necessidade e o desejo de concretização do filho biológico, e de outro, a impossibilidade do célere atendimento para todos que necessitam, haja vista que não se tem capacidade suficiente para suprir a demanda.

A pesquisa realizada por Samrsla et al. (2007), sobre o serviço de reprodução assistida do Hospital Regional Asa Sul de Brasília, revela que as filas de

atendimento são muito longas, e os pacientes chegam a esperar cerca de quatro anos para serem atendidos.

Da mesma forma, Makuch et. al. (2011), descreve desigualdade de acesso e longas filas de espera nos serviços prestados no Hospital da Universidade Estadual de Campinas (superiores há cinco anos), fato que levou à suspensão dos tratamentos de alta complexidade.

Por outro viés, o longo tempo de espera é uma grande dificuldade, principalmente para as mulheres que possuem mais de 35 anos. Esse fato se apresenta como uma barreira ao sonho da maternidade biológica. (DAAR; MERALI, 2002).

Dados do Ministério da Saúde apontam que a infertilidade atinge milhares de casais no Brasil e, apesar das novas orientações acerca da reprodução assistida advindas da Resolução 2.013/2013 do CFM³⁶, bem como as disposições legais que tratam do direito à saúde e dos direitos reprodutivos como universais, persiste a problemática da falta de acesso gratuito a esse tipo de tratamento. As barreiras não são mais formais, mas financeiras, e impedem que pessoas sem condições de arcar com os tratamentos em serviços privados sejam beneficiadas pelas tecnologias reprodutivas no país.

Ora, se em nível nacional apenas em três locais são realizados procedimentos de forma gratuita, é possível dizer que o atendimento público de saúde reprodutiva correlata aos procedimentos de média e alta complexidade na RHA é extremamente reduzido, ficando todo o restante a cargo dos serviços privados. As técnicas de reprodução são procedimentos caros e que exigem investimentos superiores à realidade de muitos brasileiros. Sobre o assunto, a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA) manifesta-se no sentido de que menos de 5% das fertilizações *in vitro* são realizadas de forma gratuita no país. Sendo assim, indivíduos de baixa renda, na maioria das vezes, não têm acesso aos procedimentos, que em clínicas particulares pode custar entre R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) e R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), por tentativa.

Outra questão a ser enfrentada diz respeito à falta de recursos do SUS destinados a este tipo de tratamento. Nas palavras de Garcia et al. (2012, p. 12):

³⁶ Resolução nº 2013 do Conselho Federal de Medicina, de 16 de abril de 2013. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2013.

Destaque-se que a maior restrição enfrentada pelos serviços públicos no fornecimento de procedimentos complexos de reprodução assistida é orçamentária. Não há uma verba específica no SUS destinada ao financiamento destes procedimentos. O SUS possui um rol de procedimentos que são financiados, mediante repasses, por recursos do Fundo Nacional de Saúde. Medidas não contempladas pelo rol são financiadas com recursos públicos dos orçamentos estaduais e municipais, mas os procedimentos de reprodução assistida não fazem parte deste rol.

Como se não bastassem os problemas já apontados, tem-se, ainda, a questão dos critérios de inclusão/exclusão para o atendimento pelos serviços de RHA públicos, que divergem. Segundo relatos constantes na pesquisa de Garcia, realizada em 2012, no Hospital Regional da Asa Sul do Distrito Federal não existiam critérios de exclusão, nem mesmo a idade. O critério de inclusão era a indicação para a fertilização. Já o Pérola Byington, excluía pacientes com mais de trinta e cinco anos e também aqueles que possuísem doenças graves. Em São Paulo, o Hospital das Clínicas excluía pacientes que, para a efetivação do procedimento, exigiam a doação de gametas. Em todos os serviços, os pacientes deveriam ter efetivado as consultas pelo SUS e o médico responsável era quem deveria encaminhá-los ao tratamento. (GARCIA et al., 2012).

Hoje, a Resolução do CFM nº 2.013/2013³⁷ apresenta a idade como critério de exclusão, mas muito ainda há que ser normatizado. As regras de inclusão para o atendimento em serviços de reprodução assistida gratuitos devem ser claras, precisas. Não se pode ter divergência e devem-se valorar os princípios da igualdade, da dignidade, da universalidade.

O acesso é garantia constitucional e o Estado deve promovê-lo pautando-se, também, em princípios Bioéticos. Nesse contexto, a Bioética emerge como condição inerente à pesquisa, vez que toda e qualquer forma de efetivação da reprodução assistida, bem como as políticas públicas correlatas, os critérios de inclusão/exclusão, disponibilização e utilização das tecnologias, devem estar pautados em princípios éticos, na medida em que o homem é responsável por suas ações.

A Bioética não deve e não pode ignorar questões tangentes à RHA, pois implicam, necessariamente, em sexualidade, reprodução, família, futuras gerações e

³⁷ Resolução nº 2013 do Conselho Federal de Medicina, de 16 de abril de 2013. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2013.

o próprio conceito de vida, os quais trazem novos e permanentes desafios, que, por sua vez, se renovam com a evolução do sujeito e a cada nova conquista da sociedade. (DINIZ, 2002).

Há, pois, que se considerar os critérios Bioéticos como determinantes e primordiais à tutela dos direitos e garantias fundamentais.

Assim, ao se falar tanto em RHA quanto em Bioética, deve-se valorar a garantia de benefícios relativos à integridade do ser humano, preservando a dignidade humana (OLIVEIRA, 1997), já que a ciência apresenta-se como um movimento que resulta da aplicação repetida de um impulso sobre um objeto que se reveste de caráter moral e jurídico para orientar e dirigir os novos problemas apresentados e relativos à biotecnologia, à biomedicina e ao biodireito. (CLOTET, 2003).

Utilizando como paradigma de referência o valor supremo da vida, da pessoa, da dignidade, liberdade, autonomia, diretrizes morais e éticas devem ser impostas.

Nesse sentido, questões que dizem respeito aos critérios de inclusão/exclusão para o atendimento em serviços de reprodução assistida gratuito devem levar em consideração a pessoa humana e sua dignidade, pois de acordo com o previsto no artigo 1º, inciso III, da CF/88³⁸, tais princípios constituem fundamento e fim do Estado Brasileiro.

Ademais, no entendimento de Pontes e Schramm (2004), o Estado deve pautar-se na ética da responsabilidade social, protegendo os vulnerados. Seguindo essa linha de pensamento e tendo por base os princípios constitucionais e bioéticos, o Estado Brasileiro deve propiciar meios de acesso igualitário às tecnologias reprodutivas, garantindo a igualdade e a proteção dos vulnerados.

Importante, ainda, distinguir entre vulnerados e vulnerável, vez que *vulnerabilidade* corresponde à condição existencial humana enquanto tal, ou seja, característica universal e genérica de qualquer ser vivo, inclusive humano. Já *vulneração*, se aplica à condição existencial específica de seres ou populações

³⁸ Constituição Federal de 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

particulares, que nas contingências adversas e independentes de suas vontades, não possuem os meios necessários (ou capacidades) para enfrentá-las. (BOY; SCHRAMM, 2009).

O debate envolvendo o tema é atual. Novos conhecimentos sobre os aspectos legais e éticos da utilização das tecnologias reprodutivas são prementes à formulação de políticas públicas correlatas, bem como para a determinação de critérios éticos e de acesso a essas tecnologias.

Não obstante, pesquisas demonstram que a discussão dos aspectos éticos, legais e outros assuntos que envolvem a reprodução assistida ainda estão em processo de desenvolvimento.

Nesse aspecto, estudos de Santos e Santos (2013, p. 97) constataram “[...] uma quantidade pouco expressiva de produção científica acerca desta temática.”, mas por outro lado evidenciaram que as existentes apresentam propostas inovadoras e que dizem respeito à “[...] valorização do direito à vida e da garantia da implementação dos direitos humanos fundamentais”.

Pois bem, embora princípios, normas e estudos existam, o grande enfrentamento de países da América Latina, tal como o Brasil, centra-se, segundo Pessini e Barchifontaine (2002, p. 12), na discussão que envolve a Bioética e a Saúde Pública, cujo tema de maior relevância é o acesso:

Em algumas partes da América Latina, a simples existência de alta tecnologia e centros de cuidado médico ultra-especializados levanta perguntas adicionais acerca da discriminação e injustiça na assistência médica. As indagações difíceis nesta região não são em torno de como se usa a tecnologia médica, mas quem tem acesso a ela.

Coadunando com a posição do autor, pontua-se que a igualdade, a justiça, a proteção dos vulnerados são máximas que devem nortear toda e qualquer atividade ligada ao uso das TRA para o fim único: fornecer condições de reparar a vulneração dos inférteis, protegendo-os.

Ademais, o efetivo exercício dos direitos reprodutivos demanda políticas públicas específicas que assegurem o conjunto de direitos indispensáveis e que dizem respeito ao acesso de informações e aos serviços de saúde reprodutiva seguros, adequados e que permitam a livre decisão sobre o planejamento familiar.

A CF/88 introduziu uma nova maneira de tratar a saúde, considerando-a como direito universal e concebendo-a de forma integral. Sendo integral, não pode

haver exclusão. De modo específico, no artigo 226, parágrafo 7º, a CF/88³⁹ estabeleceu que o planejamento familiar – que tem como fundamento a dignidade da pessoa humana – deve ser de livre decisão do casal.

Assim, só é possível a efetiva implementação dos direitos reprodutivos sob a perspectiva dos direitos humanos através de políticas efetivas e igualitárias, que promovam a saúde reprodutiva com autonomia e dignidade para os casais.

Ora, os casais inférteis devem ter autonomia sobre seu corpo, no intuito de decidirem acerca do uso das TRA, em caso de infertilidade. Sem qualquer forma de coação, homens e mulheres devem ser livres para a tomada da decisão que diz respeito ao planejamento familiar e ao direito de gerar um filho biológico.

Por oportuno, cumpre enfatizar que, embora a pesquisa tenha como foco as representações sociais construídas por mulheres que vivenciaram o processo de infertilidade, essa condição afeta tanto os homens quanto as mulheres. No entanto, o rebatimento é maior para as mulheres que reproduzem questões psíquicas, históricas, culturais e evidenciam-nas em suas construções representativas.

Pesquisas realizadas por Trindade e Enumo (2001) apontam que raramente se encontram referências à infertilidade masculina, quer seja em estudos históricos e/ou antropológicos, o que sugere que os problemas reprodutivos do casal têm sido atribuídos às mulheres.

Essas e outras questões subjacentes contribuem para a projeção da condição de infértil como marca indelével, mas as mulheres reproduzem essa situação como um verdadeiro estigma e isso repercute nas representações sociais do que é maternidade. Segundo Lanius (2008, p. 67),

Desde a antiguidade a infertilidade na mulher era vista como um castigo, sendo que ao homem a incapacidade de procriação jamais era questionada. Tendo seu papel de mulher muitas vezes definido pela maternidade, a mulher infértil sente-se culpada e excluída socialmente.

Embora o diagnóstico de infertilidade possa ser masculino ou feminino, o entendimento de que cabe à mulher a responsabilidade pela procriação se faz presente na sociedade, e a infertilidade surge como um peso substancial, gerando

³⁹ Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

nas mulheres sentimentos de culpa e autoconceito negativo. (TRINDADE; BORLOT, 2004).

Sendo assim, apesar da infertilidade ser atribuída (muitas vezes) a um sujeito, essa condição acarreta sofrimento não só a ele, mas ao casal. Com base nessa perspectiva e embora a maior responsabilização seja direcionada às mulheres, é possível dizer que a cobrança por parte da sociedade é dirigida de forma diferente para o homem e para a mulher. Enquanto para o homem a infertilidade está associada à ideia de masculinidade, para a mulher direciona-se o entendimento para sua completude. (TRINDADE; BORLOT, 2004).

Não obstante, por qualquer ótica que se analise a questão, há que se valorar e priorizar a criação de políticas públicas que salvaguardem a preservação dos direitos de homens e mulheres tangentes à saúde reprodutiva plena e efetiva. O Estado, por sua vez, é o responsável e deve garantir o direito à procriação, já que, segundo Ventura (2003, p. 51),

[...] o efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de forma consciente, responsável e satisfatória, demanda políticas públicas específicas que assegurem um conjunto de direitos indispensáveis para seu livre exercício.

Enfim, para que se verifique a justiça distributiva (cuja expressão se refere a uma distribuição justa, equitativa e apropriada), é preciso distribuir de forma equânime tanto o ônus quanto o bônus dos benefícios advindos das pesquisas no campo da Bioética, ou seja, a TRA deve estar acessível a toda população a que dela venha precisar. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010).

Todas as questões são tormentosas e não se esgotam sob um só enfoque. Resta evidente que muito há o que ser feito com relação aos critérios de acesso (inclusão/exclusão) da população aos serviços de RHA, bem como no que tange à disponibilização dos serviços de forma gratuita.

De qualquer forma, o que deve prevalecer quando se fala em RHA é a ética de todos os envolvidos, sejam os beneficiários das tecnologias, sejam aqueles cujas atividades encontram-se ligadas à reprodução assistida. Não menos importante é priorizar o direito de informação, que, no posicionamento de Brauner (2003), deve ser viabilizado por meio da educação sexual e do conhecimento sobre o corpo, tanto na esfera privada da educação familiar quanto na pública, via políticas de saúde e educação.

Embora o Estado tenha o dever de promover as condições sócio-econômicas necessárias no intuito de garantir a liberdade de escolha individual (que advém do exercício da autonomia), isso não se verifica em nível de Brasil, pois as tecnologias reprodutivas não se encontram acessíveis à totalidade da população e esse fato fere, por conseguinte, princípios constitucionais tais como o da igualdade e o da dignidade da pessoa humana.

As tecnologias reprodutivas surgem como paliativo para os casos de infertilidade e não se pode impedir a busca de realização de se ter o filho biológico, por critérios financeiros. Ao se compreender que existem direitos a serem protegidos: o direito à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar se faz necessário dar condições de acesso das tecnologias reprodutivas pelos serviços públicos a todas as pessoas que desejem usufruí-los e os princípios constitucionais e Bioéticos devem permear essa discussão.

CAPÍTULO 2

CONSTRUÇÕES DA MATERNIDADE: DA CONSTATAÇÃO DA INFERTILIDADE AO USO DAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS

Este capítulo tem como objetivo discutir a construção da maternidade como produto histórico cultural, vez que essas concepções aparecem reproduzidas e presentes na concepção de maternidade atual. Além disso, busca-se dar uma visão geral da maternidade na atual conjuntura brasileira, quando o estudo perpassa pela questão da infertilidade (analisada pela ótica do processo saúde/doença) e da concretização do filho biológico (via utilização das tecnologias da reprodução humana assistida).

2.1 A MATERNIDADE: PRODUTO HISTÓRICO CULTURAL

A construção da maternidade é produto histórico cultural, por conseguinte muda com os diversos contextos. Historicamente, em toda sociedade patriarcal, o único papel relegado à mulher era o de ser mãe. Nesse sentido, diz Tubert (1991, p. 78): “Sem dúvida, parece evidente que em toda sociedade patriarcal a mulher entra na ordem simbólica apenas como mãe”.

Como função feminina por excelência, a maternidade surge intrinsecamente ligada à mulher como algo inerente à sua natureza. A figura materna é considerada como responsável pela manutenção e pelo incremento dos vínculos familiares, e o pai surge de modo periférico, apenas como provedor. (TRINDADE, 1991).

Do mesmo modo, a educação de meninos e meninas ocorre de forma diferente e perpetua o ‘papel natural da mulher’ enquanto esposa e mãe, sendo possível corroborar esse posicionamento com estudos empíricos. Em pesquisa realizada sobre alterações nas representações do corpo, Jodelet (1984, p. 221) observou que as mudanças culturais afetam mulheres e homens de forma diversa, já que a mulher revela uma “[...] consciência do corpo mais vigorosamente impregnada de ideologia”. Nas palavras de Trindade (1991, p. 25):

Os homens eram educados *para a vida*, e as mulheres *para o lar*. A literatura originada em diversas áreas do conhecimento ratifica esta afirmação e mostra a supervalorização do papel materno (ênfático para a

menina desde muito cedo) no desenvolvimento dos filhos, transformando o papel paterno em algo secundário e de menor importância [...].

A maternidade e o amor materno foram construídos como ideais naturais e restaram como verdadeira imposição para toda mulher e, nesse sentido, a literatura que abrange sobre o 'papel da mulher' é bastante ampla. (TRINDADE, 1991).

Entretanto, a exaltação do amor materno é fato recente dentro da história da civilização ocidental. O vínculo descrito como instintivo e natural é considerado um mito construído pelos discursos político, literário e religioso a partir do Século XVIII. (BADINTER, 1985).

Ademais, ao se falar em instinto maternal, é importante destacar os estudos de Badinter, que discute a questão do mito do amor materno. Segundo a autora, na França dos Séculos XV a XVIII, era possível que a mulher expressasse que não podia, e, ainda, que não queria ser mãe, sem que houvesse qualquer forma de reprimenda ou rejeição, pois esse comportamento era socialmente aceito. Prevalecia, naquela época, uma construção da maternidade que contradizia o amor materno como natural, na medida em que se verificava que a grande maioria das mulheres não cumpria com as atribuições decorrentes da maternidade. (BADINTER, 1985).

Ora, até o Século XVIII, “[...] a relação mãe-filho, tão exaltada nos tempos modernos, mal existia.” (FORNA, 1999, p. 37). E mais,

A morte de uma criança era um evento comum e pouco merecia em termos de luto e lamentações. Os pais, inclusive as mães, raramente se davam ao trabalho de ir ao enterro [...]. Os bebês eram considerados eminentemente substituíveis. (FORNA, 1999, p. 41).

Essas atitudes evidenciavam que a maternidade, segundo Badinter (1985), não era uma condição necessária da mulher.

A ideia de negação da maternidade enquanto instinto natural também é encontrada em estudo realizado no Brasil, ratificando a proposta de Badinter acerca do mito do amor espontâneo de toda mãe pelo filho. De acordo com Trindade (1991), em pesquisa desenvolvida por Soihet e que analisou processos de violência contra mulheres foi possível constatar a negação do instinto materno por mulheres que viviam em condição de pobreza no Rio de Janeiro, entre 1890 e 1920, e que, sufocadas entre a ideologia do amor materno e a moral da época, mataram seus filhos recém-nascidos por não suportarem a vergonha de se tornarem mães

solteiras, ou, ainda, terem um filho que não fosse de seu marido. (TRINDADE, 1991).

Nesses casos, o “[...] instinto materno cedeu às pressões morais, sociais e econômicas, sendo o valor da maternidade sacrificado na tentativa de resguardar a honra, e as únicas condições de vida que conheciam.” (TRINDADE, 1991, p. 27).

Mas, “[...] é no último terço do Século XVIII que se opera uma revolução das mentalidades. A imagem da mãe, de seu papel e da sua importância, modificaram-se radicalmente.” (BADINTER, 1985, p. 145). A partir de então, se impõe à mulher a obrigação de ser mãe. Seguindo esse entendimento, os discursos da época recomendam que as mães cuidem de seus filhos e enfatizam o prazer de toda mulher em ser mãe e em dedicar-se, em primeiro lugar, ao seu filho. Atrelado a esse posicionamento, tinha-se o ideário de devotamento, de abdicação, e a maternidade restava associada ao voluntário e indispensável sofrimento da mulher, o que gerou a construção do entendimento do amor espontâneo de toda mãe pelo filho, ou seja, do instinto/amor materno. (BADINTER, 1985).

Muitos aspectos da ideologia do instinto materno perduram e são disseminados como verdades absolutas, “[...] transformando a mulher, que assim também se coloca, na única responsável pelo desenvolvimento da prole.” (TRINDADE, 1991, p. 28). Incentivadas pelos homens a encontrarem a satisfação nessa esfera de influência, as mulheres/mães reafirmavam o papel exclusivamente feminino e restam desencorajadas de outras atividades.

Toda essa ideologia relativa ao papel da mulher foi assimilada pelas mulheres, que reproduzem essas concepções históricas e culturais. A “[...] mulher se tornou a mão que balança o berço.”, e a mãe, “[...] o poder por trás do trono.” (FORNA, 1999, p. 49).

A mulher carregava o ônus de ser pecadora e culpada por todos os infortúnios e a esta se impunha a obrigação de ser mãe antes de tudo, pois é “[...] a maternidade que transforma Eva em Maria.” (ROCHA-COUTINHO 1994, p. 41).

Ademais, muitos povos enalteciam as mulheres que podiam procriar, relegando as inférteis. Por sua vez, a infertilidade⁴⁰ era considerada castigo e

⁴⁰ Infertilidade é a incapacidade do casal conseguir a gravidez ou o parto de um bebê vivo, após um ano de relações sexuais regulares sem o uso de métodos contraceptivos. (VENTURA, 2003).

doença, pois se entendia que cabia à mulher a responsabilidade pela perpetuação da espécie. (TRINDADE; BORLOT, 2004).

O diagnóstico de infertilidade permitia muitos absurdos, até que o homem tivesse relações extraconjugais e casasse com a mulher que gerasse o seu herdeiro, relegando sua esposa ‘infértil e doente’.

No esteio desse entendimento, Maluf (2013) afirma que uma das mais antigas coletâneas de normas já encontrada, intitulada “Código de Hamurabi”, previa acerca da procriação e de como sanar a questão da infertilidade das mulheres, permitindo até a intervenção de terceiros no lar conjugal.

O modelo tradicional da maternidade revela a figura feminina, que é a responsável pela manutenção do vínculo familiar. É tarefa da mulher, o modo de concretizar a sua identidade, e, por isso, a mulher deve priorizar a maternidade, colocando-a acima de suas necessidades pessoais. (TRINDADE; BORLOT, 2004).

Assim, a única leitura que se fazia da mulher em relação ao homem era sob o enfoque da procriação, pois, como já dito, a função da mulher era gerar filhos, garantindo, desse modo, a continuidade da família, que, na visão de Cavalcante (2003, p. 25), “[...] passa a se organizar em torno da criança, na medida em que são erguidos os muros da vida privada”.

Aspectos da percepção da mulher apenas como mãe perduram até hoje, reafirmando o entendimento de que a mulher é a única responsável pela procriação, e esse fato também foi possível constatar no Brasil Colônia, quando

[...] a valorização da madre⁴¹ como órgão reprodutor levava a uma valorização da sexualidade feminina, mas não no sentido da sua realização e sim no de sua disciplina. Pensava-se que, ao contrariar sua função reprodutiva, a madre lançava a mulher numa cadeia de enfermidades, que iam da melancolia e da loucura até a ninfomania. Acreditava-se, ainda, que essas doenças tinham conexão íntima com a presença do Demônio. (DEL PRIORE, 1997, p. 83).

Sendo assim, no Brasil colonial, a mulher era impulsionada a dedicar-se totalmente à maternidade, e, no esteio desse posicionamento, Estado e Igreja desenvolveram um projeto de construção da maternidade idealizada, pelo qual cabia à mulher tanto a função reprodutora quanto transmitir os valores daquelas instituições. (BORLOT, 2002).

⁴¹ Nome dado ao útero pelos médicos do período colonial. (DEL PRIORE, 1997).

As concepções históricas geraram o modelo tradicional de maternidade, pelo qual a mãe é quem cuida dos filhos, é amorosa, dedicada, devota e se sacrifica. (BADINTER, 1985). Entretanto, é possível observar que o lugar e a valorização da mulher (tanto pela sociedade quanto por ela própria) e, assim, de seu ideal, modificaram-se ao longo da “[...] história em função dos interesses econômicos, demográficos, políticos [...]” (TUBERT 1991, p. 105).

2.1.1 Conjuntura Atual: a Maternidade e o Filho Biológico

Pesquisas comprovam que o projeto da maternidade foi postergado em detrimento à carreira, estudos e outros fatores, sendo possível constatar que a proporção entre as mulheres que têm filhos após os 30 anos eleva-se a cada dia. (TRINDADE; ENUMO, 2001). No ano de 1998, em uma pesquisa efetivada em nove capitais brasileiras, foi possível verificar que a proporção de mulheres que têm filhos entre os trinta e os quarenta e quatro anos subiu de 30% para 44% em dez anos. (TRINDADE; BORLOT, 2004).

Certas mudanças, como a opção em ter menos filhos e mais tarde, segundo Corrêa (2001, p. 189), decorre “[...] de fatores como a formação prolongada, a busca de equilíbrio financeiro doméstico, etc.”.

A maternidade passou, então, de obrigação a desejo. Houve uma ruptura e passou-se a ver tanto a mulher quanto a mãe. Vários acontecimentos contribuíram para esse contexto atual, tais como os movimentos sociais voltados a discutir, por exemplo, a luta das mulheres pela autonomia junto ao seu corpo e à sua posição nas relações sociais, econômicas, políticas.

Por movimentos sociais, pode-se entender, de acordo com Gohn (2003, p. 13), “Ações sociais coletivas de caráter sócio-político e cultural que viabilizam distintas formas da população se organizar e expressar suas demandas”.

Nesse aspecto, destaca-se, por sua indiscutível importância, o movimento feminista. Nas palavras de Gohn (2007, p. 46):

As lutas das mulheres para constituírem-se como sujeitos históricos datam de vários séculos. Pesquisas têm destacado o papel das mulheres desde sociedades antigas e primitivas. Mas foi com o feminismo que elas geraram uma visibilidade pública, de um coletivo.

O movimento feminista não se trata apenas de movimento social, mas também filosófico, político.

No mundo ocidental, pode ser clasificado em três fases:

Na primeira dessas fases (entre os Séculos XVIII e XIX e início do Século XX), tem-se a luta pelo reconhecimento legal da igualdade de direitos, tais como o voto e o trabalho. (GOHN, 2007). Exemplo emblemático ocorreu em 08 de março de 1857, quando mais de cem mulheres morreram queimadas em uma fábrica localizada em Nova Iorque. Suas reivindicações eram a redução da jornada de trabalho e o direito à licença maternidade, decorrendo, desse fato, a criação do Dia Internacional da Mulher.

Já no Brasil do Século XIX, as mulheres abraçaram causas abolicionistas e, nas primeiras décadas do Século XX, Maria Lacerda Moura fundou a Federação Internacional Feminina. Protestos foram organizados tendo como metas: o direito à educação e ao sufrágio feminino. (GOHN, 2003). Da mesma forma, acontecimentos históricos foram importantes para esse avanço, tais como: greves, surgimento do Partido Comunista do Brasil e a realização da Semana de Arte Moderna, em São Paulo.

A segunda fase do movimento feminista corresponde às lutas das feministas (entre 1960 e 1980), que tinham por foco temas como sexualidade, violência, mercado de trabalho. Nesse período, surgiu, também, a categoria gênero. (GOHN, 2007). Entrou em pauta o tema multiplicidade do sujeito e aceitação da diferença. Não menos importante, foi o surgimento da pílula anticoncepcional, no início da década de 1960, que permitiu que a mulher passasse a controlar sua fertilidade ao mesmo tempo em que conquistou sua liberdade sexual.

No Brasil, as mulheres emergiram no cenário público após 1975, quer seja como mães (que lutavam pelos filhos desaparecidos durante a ditadura militar e pediam a criação de creches), quer seja como trabalhadoras (que buscavam o fim da diferenciação salarial em relação aos homens e requeriam o direito à maternidade). (GOHN, 2007).

Em 1990, surge a terceira fase do movimento, quando a crítica à construção da imagem feminina ganha ênfase nos meios de comunicação. No cenário nacional, as mulheres criaram redes de conscientização de seus direitos e frentes de lutas

contra as discriminações, bem como passaram a se organizar em função de sua atuação na política. (GOHN, 2003).

Paralelamente a tais acontecimentos, as mulheres brasileiras iniciaram uma revolução silenciosa e discreta, que ocasionou um decréscimo da taxa de fecundidade⁴², a qual passa da média nacional de 6,3 filhos em 1960 para 5,8 filhos em 1970, chegando ao patamar de 2,3 filhos em 2000. Já em 2010, ocorre um novo decréscimo, quando a taxa chega a 1,9 filhos conforme expõem dados levantados no último Censo Demográfico realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).⁴³

A possibilidade desse controle (decorrente da maior disseminação de práticas contraceptivas a partir da década de 1980, em especial a esterilização feminina), ocasionou uma redução mais significativa da fecundidade no País. Com a diminuição da taxa de fecundidade, tem-se, por conseguinte, a queda do ritmo de crescimento e a mudança da estrutura etária da população, que se apresenta, de acordo com o Censo 2010 do IBGE, bem mais envelhecida.⁴⁴

Em outro aspecto, destaca-se que no início dos anos 1980 apenas 1/3 das mulheres com idade para trabalhar participavam do mercado de trabalho. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios⁴⁵ realizada pelo IBGE, em 2007, registram que as mulheres representavam, naquele ano, 44% da população economicamente ativa brasileira.

Outro fator que colaborou para as estatísticas de queda da taxa de fecundidade diz respeito à profunda mudança que sofreu a família brasileira, na qual desapareceu a figura do provedor, ou seja, o homem que era responsável pelo sustento do lar. Ademais, o aumento do nível de escolaridade das mulheres e das novas concepções de família é outro ponto que afeta a realidade, alterando-a.

⁴² Taxa de fecundidade, de acordo com a OMS pode ser entendida como o número médio de filhos que teria uma mulher ao final de seu período fértil. (VENTURA, 2003).

⁴³ Informações retiradas do site oficial do IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2013.

⁴⁴ Informações retiradas do site oficial do IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2013.

⁴⁵ Informações retiradas do site oficial do IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2013.

Assim, embora a figura do homem mantenedor exista, aparece em menor evidência, pois cerca de 1/4 das famílias brasileiras vivem do salário exclusivo da mulher.⁴⁶

Em 10 anos, as mulheres responsáveis pelas famílias passam de 22,2% para 37,3%. De acordo com os indicadores da Fundação Carlos Chagas e do IBGE, a participação da mulher no mercado de trabalho ou procurando emprego em 1976 era de 28,8%. Em 2009, dados atualizados do IBGE revelam que o trabalho feminino já corresponde a 45,1% da população empregada no País.⁴⁷

Ademais, é fato que muitas mulheres postergam a possibilidade de engravidar para dedicarem-se ao labor, e isso se corrobora pelos dados insertos nas pesquisas. De acordo com o Censo 2010 do IBGE, enquanto na década de 80 a população economicamente ativa feminina correspondia a 33,5% da população brasileira, tinha-se a taxa de fecundidade de 4,4 filhos. Já em 2007, a taxa cai para 1,95 filhos para o total de 44% da população economicamente ativa feminina.⁴⁸

E mais, o rendimento médio das mulheres também apresentou, de acordo com o Censo 2010, considerável aumento, passando de R\$982,99 em 2000 para R\$1.115,00 em 2010. O ganho real das mulheres foi de 13,5% contra 4,1% dos homens.⁴⁹ Não há como deixar de dizer que os valores percebidos pelas mulheres ainda são inferiores àqueles que recebem os homens. Entretanto, também nesse aspecto, os dados apresentam o aumento do rendimento médio em relação aos ganhos do homem, pois em 2010 correspondeu a 73,8% contra 67,7%, em 2000.⁵⁰

O nível de escolaridade também é destaque, pois houve uma queda no número de mulheres sem instrução ou apenas com o fundamental incompleto.⁵¹ No contraponto, ocorreu um avanço e o percentual de mulheres com pelo menos um curso superior em 10 anos aumentou. Nesse contexto, dados do IBGE apontam que

⁴⁶ Informações retiradas do site oficial do IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2013.

⁴⁷ Informações retiradas do site oficial do IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2013.

⁴⁸ Informações retiradas do site oficial do IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2013.

⁴⁹ Informações retiradas do site oficial do IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2013.

⁵⁰ Informações retiradas do site oficial do IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2013.

⁵¹ Informações retiradas do site oficial do IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2013.

mulheres com estudo superior completo têm filhos, em média, 5,5 anos depois que as sem instrução.⁵²

Entre as mulheres sem instrução e com ensino fundamental incompleto, a maior contribuição da fecundidade está entre as que possuem 20 a 24 anos. Já aquelas que possuem ensino fundamental completo e médio incompleto, também têm o pico de fecundidade nesse grupo etário. As mulheres com nível de instrução médio completo e superior incompleto têm padrão da fecundidade mais dilatado, entre 25 a 29 anos de idade, enquanto que as mulheres com ensino superior completo apresentam a maior contribuição da fecundidade entre 30 a 34 anos.⁵³

Não obstante o contexto em que as mulheres brasileiras encontram-se inseridas, bem como as evoluções ocorridas no que diz respeito à sociedade para com o papel das mulheres e as transformações do comportamento destas, as quais, muitas vezes adiam o momento da gravidez, ter filhos biológicos ainda é o projeto de grande parcela das mulheres, alimentado por impulsos e motivos conscientes ou inconscientes. Nas palavras de Spotorno, Silva e Lopes (2008, p. 104): “[...] o desejo de ter filhos habita o ser humano desde muito cedo. Diversos autores afirmam que este desejo é alimentado por muitos motivos e impulsos diferentes”.

A maternidade mudou, sendo que novas conjunturas sociais, econômicas e de estilo de vida foram sendo absorvidas no cotidiano. (FORNA, 1999). Mas, para muitas mulheres, a maternidade biológica, a perpetuação da espécie e a constituição de uma família ainda são o foco primordial de sua existência, pois “[...] ser mãe é um valor feminino maior, o par mãe-filho parece representar o ideal de beleza, de felicidade.” (NÓBREGA, 1995, p. 70).

O plano de ter filho biológico pode se manifestar por diversos modos de simbologia. Entretanto, independentemente de simbolismos, em nossa cultura, ainda existe uma pressão social e familiar no sentido de que o casal tenha filhos. (FARINATI, 2009).

Sentimentos de felicidade e bem-estar surgem atrelados à realização do filho biológico e expressam, segundo pesquisa efetivada por Makuch, em 2001, que as mulheres têm maior necessidade de preencher as expectativas de gênero, pois,

⁵² Informações retiradas do site oficial do IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2013.

⁵³ Informações retiradas do site oficial do IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2013.

para elas, a maternidade e o filho biológico significam a confirmação de ser mulher, da feminilidade e do esperado enquanto mulheres por elas mesmas, pelos parceiros e pelo entorno familiar e social. (MAKUCH, 2001).

De acordo com Trindade e Enumo (2001, p. 7), a maternidade biológica é “[...] o prazer idealizado e romantizado da maternidade, iluminando a desesperança, os caminhos obscuros, a vida sem brilho”. Por vezes, a realização de ter filho biológico encontra guarida no entendimento de que a falta destes estigmatiza as mulheres. (PAULILO, 1999).

Outra possibilidade de explicação à necessidade de ter o filho biológico estaria ligada à semelhança entre mãe e filho, o que reforçaria o amor materno. É possível também que a realização esteja relacionada à questão de possuir e deixar descendentes biológicos. (SPOTORNO; SILVA; LOPES, 2008; TRINDADE; BORLOT, 2004; TRINDADE; ENUMO, 2001; LANIUS, 2008).

Pesquisa realizada em 2008, por Spotorno, Silva e Lopes, abrangendo “As expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida.”, aponta que a opção por uma gestação mais tardia evidencia o sentimento das mulheres em ter o filho biológico, reforçando que a parentalidade⁵⁴ é um dos mais importantes projetos de vida para o indivíduo e para o casal, pois é um dos alicerces sobre o qual se firma o relacionamento. (SPOTORNO; SILVA; LOPES, 2008).

Além desses aspectos, questões socioculturais também exercem influência na maternidade, pois cada sociedade impõe e padroniza o significado de procriação. Sobre o assunto, destaca Straube (2009, p. 112): “[...] o motivo da busca pelo filho desejado é apontado como forte vontade de ser mãe ou pai, a realização de um desejo vinculado ao dever de procriar, transmitido e cobrado pela rede de relações”.

Nesse sentido, a ideia do filho biológico remete ao sentimento de felicidade e de êxito pessoal e isso é visto “[...] como fruto de condicionantes socioculturais ligados ao simbolismo do laço familiar, linhagem, descendência, continuidade individual.” (LANIUS, 2008, p. 74).

O entendimento que se constrói em torno da maternidade biológica, em outras ocasiões, sustenta-se em papéis e relações pré-determinados, como, por

⁵⁴ Parentalidade: qualidade do que é parental. Estado ou condição de quem é pai ou mãe. In: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2013. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/parentalidade>>. Acesso em: 06 mar. 2014.

exemplo, que a mulher só será perfeitamente feliz e completa se for mãe natural da criança. A mulher precisa ser mãe biológica, caso contrário, sentir-se-á pressionada, infeliz, inferior e frustrada. (TRINDADE; ENUMO, 2001; LANIUS, 2008).

Estudos que datam de 2002 e que resultaram condensados no artigo intitulado “Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil”, registram a questão da infertilidade e da possibilidade de inexistência da maternidade biológica como condição determinante para a mulher, pois os relatos clínicos demonstram que as mulheres inférteis sofrem, “[...] pois estão impedidas de viver aquilo que acreditam ser a realização feminina: a glória da maternidade.” (LANIUS, 2008, p. 77),

Nesse estudo, o filho biológico aparece como uma necessidade, que está centrado, segundo Trindade e Enumo (2001, p. 23), “[...] na garantia do produto (se ela adotar, não é o sangue dela, não vai ser mãe de verdade) e na obrigação de vivenciar todo o processo (se você não parir, não é a mesma coisa)”.

A realização desse projeto se mostra imprescindível até por mulheres que aparentemente se dizem realizadas nas demais esferas de sua vida (tanto que esperam o momento ideal para serem mães), e esse fato chega a acarretar a desvalorização de suas conquistas anteriores. (LANIUS, 2008).

Assim, embora na França do Século XV ao terço final do Século XVIII (por exemplo), o filho fosse desprezado pela própria mãe, é possível consignar que a maternidade biológica mostra-se cada vez mais centrada na criança, cujas necessidades são, atualmente, o foco das atenções. Os filhos biológicos preenchem necessidades sócio-psicológicas da mulher e para consegui-los não se medem esforços. Para as mulheres “[...] que adiaram o projeto de terem filhos, quando desejam tê-los, agarram-se a isto veementemente.”, pois o tornar-se mãe corresponde a “[...] uma importante atribuição para seu futuro enquanto mulher.” (LANIUS, 2008, p. 65).

Como instituição, a maternidade fincou raízes no passado, ao mesmo tempo em que passou de obrigação para desejo. Em suma, foi assim que a “[...] a maternidade converteu-se em atividade mais invejável e doce que uma mulher pode esperar.” (ROCHA-COUTINHO, 1994, p. 36). Muito além de um estado humano, a maternidade não aparece mais como um dever, mas sim como uma vocação idealizada e cercada de emoção. (FORNA, 1999). Entretanto, é possível que fatores

como idade, doenças, entre outros, resultem em um problema de saúde: a infertilidade.

2.2 INFERTILIDADE SOB A ÓTICA DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

A atual conjuntura de vida das mulheres, não raras vezes, as levam a postergar a gravidez para um momento de suas vidas posterior às conquistas financeiras, profissionais, estudantis e, para tanto, fazem o uso de métodos contraceptivos, mesmo sem que saibam se possuem problemas relativos à infertilidade. (TRINDADE; BORLOT, 2004). Entretanto, quando desejam levar a efeito o projeto da maternidade para realização de ter o filho biológico, e se deparam com o diagnóstico de infertilidade (que pode ser feminina, masculina ou do casal), evidencia-se o problema e a questão desponta para o debate. Desde já, é importante dizer que não se ignora o fato de que a infertilidade sempre existiu, mas o que se entende é que era menos divulgada e discutida, certamente por ser menos aparente face às questões já expostas.

A infertilidade, apesar de atribuída, em vários casos, a um sujeito, acarreta sofrimento não só ao infértil, mas a toda sua família. (LANIUS, 2008; CARVALHO et al., 2006). Assim, quer seja decorrente de causas femininas ou masculinas, ou de ambos, a infertilidade é considerada um problema do casal. Sendo constatada, cada sujeito aparece particular e diferentemente envolvido na questão.

O diagnóstico de infértil traz consigo “[...] um momento de quebra de certezas.”, que impulsiona os sujeitos à reorganização de suas vidas. (LANIUS, 2008, p. 71).

Enquanto pensada como um acontecimento na vida daqueles que desejam ter filhos biológicos e não podem, a infertilidade tem sido definida como uma experiência de dilaceração emocional que faz eclodir sofrimentos e conflitos, pois acarreta uma crise de identidade e de valores. (MAKUCH, 2001; TRINDADE; BORLOT, 2004; TRINDADE; ENUMO, 2001).

Retomando o conceito de infertilidade da OMS, que, nas palavras de Oliveira (1997, p. 38), é “[...] a incapacidade que um casal tem de conceber após um ano de relacionamento sexual sem o uso de medidas contraceptivas.”, pondera-se que essa

questão pode se mostrar como uma maldição, atingindo significativamente os inférteis e, quiçá, destruindo suas vidas.

De acordo com Speroff, Glass e Kase (1995), a infertilidade decorre de causas femininas, masculinas ou de ambas. Dentre estas, o fator masculino responde por 35% dos casos, cujos motivos seguem elencados no quadro abaixo:

QUADRO 1 – CAUSAS DA INFERTILIDADE MASCULINA

CAUSAS MASCULINAS	DECORRENTES DE:
Produção reduzida de espermatozoides	▪ Varicocele (formação de varizes nas veias da região do escroto, onde estão alojados os testículos. A dilatação dessas veias prejudica o fluxo sanguíneo local, a troca de nutrientes e leva ao acúmulo de substâncias tóxicas e ao aumento de temperatura); ▪ Insuficiência testicular; ▪ Desordens endócrinas; ▪ Criptorquidia (condição médica na qual não houve uma descida correta do testículo da cavidade abdominal para o escroto); ▪ Estresse; ▪ Tabagismo; ▪ Nicotina; ▪ Drogas recreacionais.
Obstruções do ducto	▪ Epididimais (pós-infecção); ▪ Ausência congênita do ducto deferente, ducto ejaculatório (pós-infecção, pós vasectomia).
Incapacidade de enviar espermatozoides para a vagina	▪ Distúrbios de ejaculação; ▪ Hipospádia; ▪ Problemas sexuais.
Sêmen anormal	▪ Infecção; ▪ Volume anormal; ▪ Viscosidade anormal.
Fatores imunológicos	▪ Anticorpos imobilizadores e aglutinadores de espermatozoides.

Fonte: SPEROFF, L.; GLASS, R. H.; KASE, N. G. Infertilidade de causa feminina. In: _____. *Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade*. 5. ed. São Paulo: Manole, 1995.

Nota: Dados trabalhados pela autora.

Já as causas femininas conhecidas, segundo Speroff, Glass e Kase (1995), correspondem a 50% dos casos. Os principais exemplos são apontados no quadro a seguir:

QUADRO 2 – CAUSAS DA INFERTILIDADE FEMININA

CAUSAS FEMININAS	DECORRENTES DE:
Doenças das tubas uterinas	▪ Doença inflamatória pélvica; ▪ Anomalias congênitas; ▪ Endometriose.
Amenorréia	▪ Ausência de menarca e/ou menstruação.
Anovulação	▪ Ausência de ovulação.
Fatores cervicais e uterinos	▪ Leiomiomas e pólipos; ▪ Anomalias uterinas; ▪ Sinéquias intra-uterinas; ▪ Glândulas endocervicais destruídas.
Fatores vaginais	▪ Ausência congênita de vagina; ▪ Hímen imperfurado; ▪ Vaginismo; ▪ Vaginite.
Fatores imunológicos	▪ Anticorpos imobilizadores ou aglutinadores de espermatozoides.
Fatores nutricionais e metabólicos	▪ Desordens da tireoide; ▪ Diabetes mellitus; ▪ Distúrbios nutricionais graves.

Fonte: SPEROFF, L.; GLASS, R. H.; KASE, N. G. Infertilidade de causa feminina. In: _____. *Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade*. 5. ed. São Paulo: Manole, 1995.

Nota: Dados trabalhados pela autora.

Estudos de Speroff, Glass e Kase (1995) também evidenciam que o aumento do número de casais inférteis está relacionado ao envelhecimento da população após a Segunda Guerra Mundial. Os autores afirmam que o envelhecimento das mulheres causa uma diminuição da qualidade, bem como da quantidade dos folículos ovarianos. Assim, cerca de 4% das mulheres entre 15 e 24 anos tem fertilidade prejudicada, 13% entre 25 e 34 anos, e, aproximadamente, 30% entre 35 e 44 anos. (SPEROFF; GLASS; KASE, 1995).

Já de acordo com Oliveira (1997), estima-se que aproximadamente 60% dos casos de infertilidade são decorrentes de problemas relativos às mulheres. As causas da infertilidade são variáveis e apontam-se como principais: a idade, doenças pré-existentes e problemas nos ovários, trompas e útero.

Sobre o assunto, afirma Corrêa (2001, p. 82): “[...] um terço poderia ser atribuído a infecções pélvicas e suas consequências, como fibroses e bloqueio nas trompas (infecções tratáveis e preveníveis), um terço a causas hormonais e um terço a causas não identificadas”.

Pois bem, independentemente da causa de infertilidade ou de quem é o infértil, pesquisas trazem que as consequências atingem o casal, evidenciando

sentimentos pós-diagnóstico relativos à tristeza, à culpa, à vergonha, à inferioridade e à impotência por causa da perda do controle sobre o próprio projeto de vida. Quando o projeto parental não se concretiza, surge um rompimento que transforma a infertilidade em um luto silencioso. (MAKUCH, 2001; CARVALHO et al., 2006; SCHAFFER; DIAMOND, 1994).

Essa experiência acarreta sofrimento não só para o infértil (como já dito), mas também para toda a sua família, pois é impossível afastar o estigma do diagnóstico da infertilidade. A infertilidade acarreta consequências para a mulher ou para o homem (que são inférteis ou vivenciaram o processo) tanto enquanto ser individual quanto enquanto formadores de um elemento familiar. A vergonha em se sentir diferente e a culpa por não conseguir ter filhos são sentimentos que restam demonstrados pelos indivíduos que tiveram essa experiência. (OLIVEIRA; GRANJA; SOUSA, 2013).

Ora, estudos comprovam que o diagnóstico afeta os comportamentos quer de modo positivo, tal como maior apoio e união entre o casal, quer de modo negativo, como a culpabilização própria e do outro, o afastamento e assim por diante.

Portanto, “[...] os casais que experimentam dificuldades com a reprodução enfrentam dilemas complexos e desafiadores que, muitas vezes, abalam o núcleo da vida familiar.” (SPOTORNO; SILVA; LOPES, 2008, p. 106).

Apesar de existirem poucos estudos relativos à infertilidade masculina, os existentes permitem perceber que os homens, “[...] quando diagnosticados como inférteis costumam atrelar este problema à virilidade.” (LANIUS, 2008, p. 65). Nesse sentido, Costa (2002, p. 344) afirma que a infertilidade apresenta-se como uma experiência difícil, pois interfere na questão da virilidade masculina, já que: “[...] ser estéril é um problema que fere a masculinidade, pelo fato de comumente a esterilidade masculina estar associada à impotência”.

Por outro lado, para as mulheres, ser infértil é possuir um defeito, e esse fato traz consigo um sentimento de inferioridade, de desvalorização da condição de mulher, que se vê incompleta. (MOREIRA, 2004).

Ao ser confrontada com a notícia da infertilidade, a mulher sofre uma espécie de colapso em sua vida. Tendo seu papel de mulher definido, muitas vezes,

pela maternidade, “[...] a mulher infértil sente-se culpada e excluída socialmente.” (LANIUS, 2008, p. 67).

E mais, quando o projeto de ter filhos biológicos não é concretizado naturalmente e as mulheres se deparam com um diagnóstico de infertilidade associam-no, muitas vezes, à condição de doença. (MOREIRA, 2004, p. 18; CORRÊA, 2001, p. 14).

No esteio desse entendimento, e de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), a infertilidade é considerada uma doença e está registrada sob o CID 10 (OMS) (1) e como tal pode ser tratada. (MALUF, 2013).

Portanto, há que se dizer que a infertilidade, enquanto considerada como doença, da mesma forma que interfere nas relações pessoais das mulheres, não pode ser compreendida sem estar relacionada à totalidade do universo em que se encontra inserida, pois a doença, segundo Augé (1991 apud PAULILO, 1999), apresenta-se como a mais individual e a mais social das coisas.

É certo que a notícia da infertilidade traz consequências devastadoras para as mulheres que almejam ser mães, gerando sofrimento. (TRINDADE; BORLOT, 2004). Esse diagnóstico representa tanto a perda do controle de parte de suas vidas quanto um obstáculo à realização de seu objetivo, o de gerar um filho biológico. “Como um peso substancial, gerando sentimentos de culpa e auto-conceito negativo [...]”, assim se mostra a infertilidade. (TRINDADE; BORLOT, 2004, p. 64).

A infertilidade, de acordo com Oliveira, Granja e Sousa (2013, p. 6), traz consigo um processo de exclusão das pessoas que vivenciam esse diagnóstico, pois “[...] parece que não se encaixam no grupo dos normais, não partilham as mesmas rotinas, as mesmas experiências, não têm interesses em comum”. Assim, as implicações que decorrem da infertilidade são, na maioria das vezes, negativas, e, ao mesmo tempo que ocasionam a exclusão, podem – via de consequência – gerar a perda da identidade social, da autoestima, da perspectiva de futuro e do sentimento de pertencimento da sociedade.

Como forma de enfrentar a situação vivenciada, bem como auto proteger-se, aquele que vivencia a infertilidade passa a não ter mais esperança quanto à concretização do projeto do filho biológico, e, assim, tentam alterar seus objetivos e suas perspectivas. (OLIVEIRA; GRANJA; SOUSA, 2013). O fato de ‘não conseguir engravidar’ gera inúmeros desapontamentos e desgastes, tanto físicos quanto

emocionais e financeiros. A infertilidade ultrapassa o simples diagnóstico e o corpo físico/orgânico, pois abrange dimensões mais amplas e que dizem respeito ao meio social, cultural e afetivo, no qual sadios e não sadios convivem. (PAULILO, 1999).

Avançando sobre a questão biológica, esse diagnóstico deve ser considerado também sob o aspecto social. Sobre o assunto, dizem Trindade e Enumo (2001, p. 7):

Apesar das transformações observadas nas concepções e práticas relacionadas à infertilidade, fundamentadas principalmente no avanço do conhecimento médico, a condição de infértil tem se constituído em um anátema para as mulheres, atravessando séculos de história e rompendo limites geográficos e culturais. É farta a literatura mostrando a imposição social da maternidade para a 'mulher normal' e as consequências pessoais e sociais de problemas reprodutivos, com exemplos que abrangem sociedades e momentos históricos diferentes.

Nesse sentido, Carvalho et al. (2006, p. 8) diz que a infertilidade não pode ser vista apenas no aspecto fisiológico, pois é também

[...] uma manifestação muito mais complexa que responde a uma intrincada rede de desejos. No desejo de ter um filho encontra-se presente o desejo do casal, o desejo da mulher e do homem, bem como o desejo dos membros da família, que são importantes para esse homem e essa mulher. É assim que a futura gravidez concretiza expectativas que transcendem o âmbito apenas do casal. [...] Ter filhos, tornarem-se pais e estabelecer uma família, quando um casal assim o deseja, é considerado, na sociedade, parte da vida adulta dos homens e das mulheres. Quando esta situação esperada não acontece, é necessário um processo de reorganização, tanto individual quanto do casal, para poder lidar com a nova realidade, muitas vezes inesperada, de não poder ter um filho biológico.

Não há como desprezar que tanto o homem quanto a mulher, ou seja, o casal carrega a herança sociocultural de que os filhos são essenciais à constituição da família. A relevância do projeto parental é universal e se mantém por séculos, respondendo

[...] a mitos, discursos, ilusões, necessidades e desejos diferentes, tanto individuais quanto sociais. As vivências em relação ao projeto parental, a ser mãe ou pai, não podem ser pensadas se não como inscritas nas sucessivas organizações sócio históricas, econômicas, políticas e culturais. (CARVALHO et al., 2006, p. 8).

Mas, se considerarmos o diagnóstico de infertilidade como sendo o de uma doença, como as mulheres poderão revertê-lo, e assim atingirem o estado de saúde?

Antes de adentrarmos no mérito da questão, torna-se imprescindível reafirmar que o vocábulo saúde não pode ser associado meramente à ausência de doença ou enfermidade, mas contempla diversos aspectos, quer sejam físicos, psíquicos, culturais e/ou sociais, os quais devem estar em total harmonia. Ou seja, critérios objetivos e subjetivos compõem e são determinantes ao completo estado de saúde. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010).

Assim, levando-se em consideração que o bem-estar total das mulheres que vivenciam situações de infertilidade encontra-se relacionado à concretização de ter filhos biológicos, apontam-se as técnicas reprodutivas como alternativas à gravidez, já que o incessante progresso da biotecnologia e da biomedicina possibilitam a realização da maternidade biológica através daquelas.

Ora, “[...] o mercado de tecnologias reprodutivas fomenta uma verdadeira obsessão pelo desejo da maternidade [...] e reforça a importância do parentesco biológico.” (SOUZA, 1995, p. 78), fazendo com que “[...] muitas mulheres que adiaram ou colocaram de lado seus projetos de terem filhos agora se agarram a ele com unhas e dentes.” (SOUZA, 1995, p. 77).

O desgaste decorrente da infertilidade ocasiona um percurso traumático. E, embora o problema da infertilidade possa decorrer de causas masculinas, femininas ou de ambos, o reflexo da condição de infértil é muito mais impactante para as mulheres, pois elas reproduzem a concepção de maternidade presente nas relações sociais (históricas e culturais), reafirmando-as na contemporaneidade. Os atos de conceber e gerar filhos são experiências atribuídas às mulheres. Nas palavras de Trindade e Borlot (2004, p. 64): “[...] a valorização da procriação, principalmente em função de uma necessidade intrínseca à mulher, já é antiga”.

Isto posto, registra-se que esse estudo priorizou as representações das mulheres (mesmo que não inférteis, mas que tenham convivido com o processo de infertilidade), pois tanto histórica quanto hodiernamente, o processo de socialização do diagnóstico de infertilidade (ainda que decorrente de causas masculinas) afeta diretamente a condição feminina da maternidade, já que as “[...] convenções socioculturais determinam quais os papéis que cada um deve representar.” (TRINDADE; BORLOT, 2004, p. 64).

2.2.1 Tecnologias de Reprodução Assistida: uma alternativa à infertilidade e à concretização do filho biológico

A constatação da infertilidade, como já dito, traz consigo um momento de quebra de certezas e a necessidade de reorganização frente à nova realidade. Entretanto, diante da situação que lhes é imposta, muitas mulheres optam em não renunciar ao desejo do filho biológico e “[...] se reorganizam para dar conta da nova realidade que vivem, na tentativa de dar seguimento ao seu desejo.” (LANIUS, 2008, p. 72). As tecnologias da RHA surgem como solução para o tratamento da infertilidade. Muitas vezes, as técnicas reprodutivas são a última oportunidade para que se concretize o sonho da maternidade e do filho biológico. Ou seja, essas tecnologias nada mais são do que instrumentos que viabilizam a gravidez.

Importa, então, definir reprodução assistida e consigna-se que esse termo abrange a interferência no processo natural de concepção. De acordo com Corrêa (2001, p. 11), “[...] é um conjunto de técnicas de tratamento médico paleativo, em condições de infertilidade humana, visando à fecundação”.

Para Maluf (2013, p. 193), a reprodução assistida é “[...] a intervenção do homem no processo de procriação natural, com o objetivo de possibilitar que pessoas com problemas de infertilidade [...] satisfaçam o desejo de alcançar a maternidade”. Tais técnicas substituem a relação sexual na reprodução biológica. Por meio delas, permite-se a possibilidade de procriação por casais que não obtiveram sucesso pelo modo natural. (CARVALHO, 2014).

Pode-se dizer que é a forma de reprodução em que ocorre a fertilização artificial e a concepção de forma laboratorial. Por sua vez, o termo fecundação deriva do latim *fecundatio* e significa fertilizar. (SILVA, 2002). Ou seja, a fecundação artificial ocorre quando há união do óvulo e do espermatozóide por meio de manipulação tecnocientífica. A fecundação significa e comporta o fato de realizar a criação de um novo ser, um novo indivíduo.

Diversas são as técnicas de reprodução assistida e podem ser divididas em métodos de baixa e alta complexidade. Entre as TRA de baixa complexidade, podem ser incluídas a indução de ovulação e a inseminação artificial. Já entre as de alta complexidade, destaca-se a fertilização extracorpórea, que abrange a fertilização *in vitro* (FIV) convencional e a injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI).

Existem, ainda, outras TRA, tais como: o empréstimo de útero (comumente chamado de barriga de aluguel); a fertilização *in vitro* e transferência de embriões (FIVETE); a transferência de citoplasma. Entretanto, não se esgotará esse assunto, tampouco será realizado um estudo detalhado sobre as mesmas, pois esse não é o foco da presente dissertação, mas, no intuito de elucidação das tecnologias, no quadro a seguir, se registram os métodos de técnicas reprodutivas e suas definições, de acordo com Pessini e Barchifontaine (2010) e Carvalho (2014).

QUADRO 3 - MÉTODOS DAS TÉCNICAS REPRODUTIVAS

NOMENCLATURA	COMPLEXIDADE	DEFINIÇÃO
Indução de ovulação	Baixa	Técnica que a mulher ingere substâncias especiais que induzem a ovulação e a data da relação sexual é programada, pois é possível calcular o período mais fértil.
Inseminação artificial	Baixa	Técnica na qual o sêmen ou espermatozoides processados são introduzidos através de sonda no trato genital feminino, podendo ser: homóloga (quando é utilizado o material do parceiro); heteróloga (quando é utilizado material do doador); intrauterina (espermatozoides processados são inseridos na cavidade uterina); cervical (material processado é introduzido no canal cervical) e vaginal (quando o material é colocado na vagina).
Fertilização <i>in vitro</i> (FIV)	Alta	Técnica em que a fertilização ocorre em laboratório e somente após, os pré-embriões são transferidos para a cavidade uterina.
Injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI)	Alta	Nesta técnica é feita a injeção de um único espermatozoide no citoplasma do óvulo por meio de um aparelho que possui microagulhas para a injeção.
Empréstimo de útero	Alta	Comumente chamado de barriga de aluguel em que há a doação temporária do útero ou gestação de substituição
Fertilização <i>in vitro</i> e transferência de embriões (FIVETE)	Alta	Técnica similar a FIV, em que os pré-embriões são transferidos para as trompas.
Transferência de citoplasma	Alta	Por este procedimento, de 10% a 20% do óvulo de uma doadora jovem é transferido para o óvulo da paciente a fim de dar origem a embriões de melhor qualidade e com maior poder de implantação.

Fonte: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. *Problemas Atuais De Bioética*. 9. ed. rev. e ampl. São Paulo – Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2010.

CARVALHO, A. P. R. Técnicas de reprodução humana assistida: o direito de nascer do embrião. In: *Revista do Instituto do Direito Brasileiro*. Ano 03. n. 04. 2014. Disponível em: <http://www.idb-fdul.com/uploaded/files/2014_04_02601_02620.pdf>. Acesso em: 22 set. 2014.

Nota: Dados trabalhados pela autora.

Todavia, qualquer que seja o modo escolhido, as tecnologias reprodutivas devem contribuir para o bem-estar da humanidade, especialmente para aqueles indivíduos que delas venham necessitar. O entendimento de Fortes (1993, p. 79) é que as TRA “[...] devem visar o bem estar do ser humano, e, portanto, seus resultados e suas conseqüências devem ser limitados pela manutenção das garantias e liberdades dos indivíduos”. Coadunando com essa posição, Oliveira diz que as mulheres, ao se submeterem ao uso das TRA, buscam uma satisfação pessoal e a realização de um sonho, devendo, assim, ter uma boa qualidade de vida, alcançando a resolutividade, segurança e bem-estar. (OLIVEIRA; SIQUEIRA; ALVARENGA, 1998).

Por outro enfoque, é possível dizer que, com o avanço da biotecnologia e da biomedicina, as tecnologias reprodutivas estão sendo amplamente difundidas, e, no atual contexto, o desejo por filhos biológicos restou potencializado.

As tecnologias reprodutivas vêm sendo amplamente utilizadas, e isso, segundo Carvalho (2014, p. 2608): “[...] demonstra uma quebra de paradigmas, onde o desejo de ser mãe ou pai se sobrepõe à vergonha que muitos casais sentem quando descobrem a impossibilidade de conceber filhos de forma natural”.

Nesse sentido, manifestam Trindade e Borlot (2004, p. 64): “[...] nos últimos cinco anos, houve um aumento considerável no número de casais inférteis que procuraram as clínicas de reprodução assistida”. Entretanto, ao se submeterem aos tratamentos, devem estar bem informados e seguros da decisão, pois o sucesso da gravidez diminui conforme aumenta a idade da mulher. De acordo com Pessini e Barchifontaine (2010, p. 323), “Em mulheres de até 30 anos, a taxa fica em torno de 45%; aos 35 anos diminui para 35%; de 35 a 40 anos a chance é de 25% a 30%; e acima de 40 anos, de 18% a 20%”.

Todas as etapas dos tratamentos com o uso das TRA comportam riscos como, por exemplo, efeitos indesejáveis das doses elevadas de hormônios, desconfortos relacionados às intervenções cirúrgicas, entre outros. As TRA, ainda que resultem em problemas de saúde posteriores, surgem como alternativa às mulheres que vivenciaram a infertilidade e optam por tornar o projeto dos filhos biológicos uma realidade, vez que fundamentais à sua própria existência.

Certamente, a busca da reprodução assistida como alternativa à infertilidade envolve situações atuais e que têm reflexos no meio em que se inserem os casais

inférteis, na exata medida em que os filhos apresentam-se como a perpetuação de suas vidas e são determinantes à construção das significações que envolvem a maternidade biológica e, nesse ínterim, a teoria das representações sociais emerge como instrumento para a compreensão dessas construções.

CAPÍTULO 3

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO FILHO BIOLÓGICO

Para refletir sobre as representações sociais do filho biológico construídas por mulheres que vivenciaram a infertilidade é preciso, primeiramente, compreender o que significam. Com esse desiderato, o capítulo aborda sobre a teoria das representações sociais (conceituação, funções, construções por meio dos processos de ancoragem e objetivação). A partir de então, apresenta-se a pesquisa empírica e passa-se à análise dos relatos dos sujeitos de pesquisa, fundamentando-os teórica/metodologicamente na discussão geral.

3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria da representação social é uma forma sociológica de Psicologia Social e surgiu na Europa, em 1961, com a publicação da obra de Serge Moscovici intitulada *La Psychanalyse: son image et son public*. (SPINK, 1995).

Segundo Sá (1998, p. 61), o marco do estudo das representações sociais deve-se a Moscovici, que cunhou o termo “[...] para designar especificamente o tipo de fenômeno social ao qual a sua interpretação teórica se aplicava”. Atualmente, o conceito tem sido bastante explorado no campo das Ciências Sociais e de acordo com Minayo, as representações sociais são definidas como categorias do pensamento que expressam a realidade e a explicam, justificando-a ou questionando-a. (MINAYO, 1998).

Os estudos de Moscovici apontam no sentido de que as sociedades caracterizam-se pela pluralidade de saberes e, para compreender o fenômeno das representações sociais, há que se entender por que estas são criadas. Pois bem, o termo representações sociais designa o conjunto de fenômenos (quer seja decorrente de concepções históricas, culturais, sociais) que explica como as mesmas se perpetuam ou se modificam, e, via de consequência, impõem comportamentos. No entendimento de Moscovici (2003, p. 38), “[...] o poder das representações sociais deriva do sucesso com que elas controlam a realidade de hoje através da de ontem e da continuidade que isso pressupõe”.

Ora, as representações sociais são construídas pela interface entre a afiliação dos sujeitos aos mais diferentes grupos sociais com o objeto (quer seja em suas características objetivas, quer seja subjetivas). (TRINDADE; ENUMO, 2001; JODELET, 2001). Assim, podem ser entendidas como reflexo interno da realidade externa, onde as concepções do sujeito são produtos decorrentes da confluência de elementos de naturezas diversas (tais como processos cognitivos, inserções sociais, fatores afetivos, sistemas de valores) originados na vida cotidiana e no curso das comunicações interpessoais.

Toda representação social emerge da necessidade de transformar o que é estranho em familiar, por meio da agregação da novidade às estruturas de conhecimentos já existentes e dotadas de estabilidade. (MOSCOVICI, 2003). Ou seja, as representações sociais são teorias do senso comum que constroem ou reconstróem a realidade por meio das concepções do sujeito (históricas, culturais, sociais) sobre o objeto. Sendo assim, produzem identidades e orientam condutas, as quais variam também conforme as inserções do sujeito no contexto das relações sociais e do ideário de pertencimento a um grupo social.

Portanto, a realidade em que os sujeitos se encontram e as concepções elaboradas – e reelaboradas – definem modelos e contribuem para a formação da representação. Nesse viés, as representações sociais exprimem a relação do sujeito com o objeto, e essa teoria tem cumprido importante papel para desvendar o sentido das metáforas, das simbologias, que, inevitavelmente, constroem o pensamento social. (TRINDADE; BORLOT, 2004).

Estudar representação social é estudar a forma como um grupo constrói saberes, através dos quais é possível expressar a identidade desse grupo, pois, como diz Jodelet, “[...] a representação social é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto.” (JODELET, 2001, p. 45).

Ademais, a origem da representação social, conforme o ensinamento de Moscovici (1978, p. 26), está:

[...] na vida cotidiana e nos processos de interação social, e cumpre o papel de reconstruir os objetos de atenção dos sujeitos, mantém ou interfere nos sistemas de valores e de crenças professadas por grupos sociais, bem como mobiliza a atividade e os comportamentos humanos. Em poucas palavras: a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos.

Equivalem, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, sendo possível dizer que são a versão contemporânea do senso comum. (MOSCOVICI, 1978).

A necessidade de valorização das práticas sociais é um dos pressupostos dessa teoria, já que as representações expressam e constroem o social, pois “Os fenômenos de representação social encontram-se espalhados por aí, na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa e nos pensamentos individuais.” (SÁ, 1998, p. 21).

Nesse âmbito, devem ser consideradas as percepções que os sujeitos participantes têm sobre questões tangentes aos objetos da pesquisa. Segundo Bourguignon (2001, p. 77), pesquisas envolvendo representações sociais demonstram que

[...] não basta apenas analisar os fenômenos em sua dimensão quantitativa, bem como é insuficiente contextualizar, historicamente, as suas determinações. O fenômeno social analisado exige, para sua melhor compreensão, ir mais além, ou seja, investigar quais representações os sujeitos constroem sobre ele.

Forma de pensamento social, a representação é o ponto de interação entre o psicológico e o social, se constituindo a partir de elementos, conceitos e imagens criados por um determinado sujeito (ou sujeitos pertencentes a um determinado grupo) acerca de um objeto. (JODELET, 2001).

No esteio desse entendimento, processos cognitivos, avaliativos, afetivos e simbólicos influenciam a construção das representações sociais e são determinantes ao modo que o sujeito elabora o pensamento social do cotidiano, permitindo interpretar a realidade no intuito de agir em relação a essa mesma realidade. As representações coligadas ao seu conceito à ideia de que sua função é reduzir a margem de *não comunicação* dentro de um grupo e emergem para fortalecer/promover a interação entre as pessoas.

Decorrentes do curso das comunicações em que se articulam o individual ao social (MOSCOVICI, 2003), as representações transformam o desconhecido em conhecido e, para tanto, há que se levar em conta, por exemplo, espaços micro sociais, tais como a família, quer seja sob o prisma da acepção restrita (que considera família tão somente as pessoas unidas pelos laços do matrimônio e da filiação, ou seja, apenas os cônjuges e a prole), quer sob o enfoque da acepção

ampla (pela qual se considera família todos os indivíduos ligados pelo vínculo da consanguinidade, afinidade, ou ainda os estranhos a essas características). (DINIZ, 2007).

Ademais, as representações não são criadas por um indivíduo de maneira isolada, mas, a partir do instante em que existem, “[...] elas adquirem vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem, e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem.” (MOSCOVICI, 2003, p. 41).

É possível dizer que as representações sociais são construções de significados que emergem do cotidiano dos grupos, as quais orientam comunicações e direcionam comportamentos tendo por finalidade familiarizar o grupo. (MOSCOVICI, 2003). Ao produzir e determinar comportamentos, as representações sociais definem a natureza dos estímulos que envolvem os indivíduos e lhes dá significados através de quatro funções essenciais: do saber, identitária, orientação e justificadora.

3.1.1 Funções das representações sociais

A função de saber, segundo Abric (1994, p. 15-18), “[...] permite compreender e explicar a realidade”. Por essa função, os atores sociais adquirem conhecimentos e os integram a um quadro assimilável e compreensível. Por outro lado, elas definem a condição necessária à comunicação social. (SÁ, 1996).

Pela função identitária, as representações sociais “[...] definem a identidade e permitem a salvaguarda da especificidade dos grupos.” (ABRIC, 1994, p. 15-18). Ou seja, essa função permite o reconhecimento/pertencimento dos indivíduos a um determinado grupo social, possibilitando a elaboração de uma identidade social e pessoal compatível com valores e normas historicamente determinados. Essa identidade de grupos desempenha “[...] um papel importante no controle social exercido pela coletividade sobre cada um de seus membros, em particular nos processos de socialização.” (SÁ, 1996, p. 44).

Por sua vez, a função de orientação guia comportamentos, sendo prescritiva destes ou de práticas obrigatórias, e, por conseguinte, define o que é lícito ou ilícito,

aceitável ou não em um determinado contexto social. (ABRIC, 1994). Assim, a representação produz uma ação sobre a realidade, visando torná-la familiar.

Justificando as tomadas de posições e comportamentos, a função justificadora intervém nas representações, permitindo aos indivíduos explicar e justificar suas condutas, quer seja em uma relação social, quer seja face aos demais atores sociais. (ABRIC, 1994).

Todas as funções acima citadas convergem no intuito de explicar a construção que os sujeitos têm sobre a natureza dos eventos, objetos e situações em seu mundo social. É por meio da teoria das representações sociais que o conhecimento científico é adaptado como senso comum, através do qual os grupos não produzem saber da ciência, mas o reelaboram, levando em conta seus meios e predisposições de conhecimento. (MOSCOVICI, 1978). Para tanto, coexistem dois universos de pensamento nos quais as representações sociais são criadas e circulam, quais sejam: o universo reificado e o consensual. (MOSCOVICI, 2003).

3.1.2 Universo reificado e universo consensual

O universo reificado é bastante circunscrito e deste não participam todos os sujeitos, apenas os eruditos, ou seja, aqueles que possuem domínio do saber. A sociedade, nesse universo, se vê com diferentes papéis e categorias, e seus participantes não têm igualdade de representação e participação. No universo reificado,

[...] se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico, sua teorização abstrata, sua compartimentalização em especialidades e sua estratificação hierárquica. (SÁ, 1995, p. 28).

Por outro lado, “[...] as teorias do senso comum.” (SÁ, 1995, p. 28) são elaboradas nos universos consensuais, onde não se conhecem especializações e se obedece à lógica natural. Nesse universo, todos possuem competências para falar e

[...] a sociedade se vê como um grupo feito de indivíduos que são de igual valor e irredutíveis. Nesta perspectiva, cada indivíduo é livre para se comportar como um ‘amador’ e um ‘observador’ curioso, que manifesta suas opiniões, apresenta suas teorias e tem uma resposta para todos os problemas. (MOSCOVICI, 2003, p. 54)

Pois bem, se o propósito de toda representação, como dito alhures, é transformar algo não familiar em familiar, nos universos consensuais, são lugares onde todos almejam estar e tudo o que é dito e feito vem a corroborar (muito mais do que contradizer) a tradição, de forma que os indivíduos e acontecimentos são compreendidos em relação a encontro ou paradigma prévios. (MOSCOVICI, 2003).

Ademais, ao tratar desses universos, Moscovici valoriza a participação dos sujeitos, os quais ativamente reconstroem os saberes, recebendo o saber científico e reelaborando-o. Isto quer dizer que os sujeitos, ao se apropriarem dos saberes, não o recebem de forma absoluta, mas o fazem levando em conta condicionantes históricas, sociais, culturais. O sujeito, em sua atividade representativa, não reproduz passivamente, mas reconstrói o saber a fim de apreendê-lo e assim situar-se no universo social.

Dito isto, entrevistar as mulheres que vivenciaram o processo de infertilidade (quer seja masculina, quer seja feminina), e optaram pelo uso das tecnologias reprodutivas para ter o filho biológico, significa tentar compreender como seu espaço se constitui nessa relação enquanto realidade subjetiva que se insere no real, haja vista que as questões da maternidade e do filho biológico permanecem representadas no cotidiano dessas mulheres, bem como de todo o seu entorno. Portanto, ao ser confrontada com o diagnóstico de infertilidade (produto do real), a mulher reconstitui essa realidade e lhe atribui uma significação, reelaborando-a, e isso se dá por meio de dois processos básicos, quais sejam: a ancoragem e a objetivação.

3.1.3 Ancoragem e objetivação

A ancoragem é um processo dinâmico que possibilita que algo desconhecido reste incorporado à rede de categorias, classificando, comparando com algo que já faz parte desta. Ancorar é trazer para categorias o que não está classificado, transformando em familiar o que é estranho, ou seja, trata-se de ancorar o desconhecido em representações existentes e, assim, aliar o individual ao social (MOSCOVICI, 2003). Ao incorporar novos elementos do saber em uma rede de categorias mais familiares, está ocorrendo o processo de ancoragem.

É a partir da ancoragem que um novo conhecimento adentra o universo do grupo e passa a ser familiarizado com o mesmo, transformando-se em senso comum. Ademais, esse conhecimento é carregado de significado histórico, social e culturalmente estabelecido.

Do mesmo modo, a memória emocional e a ideologia influenciam sobremaneira o processo de ancoragem, tanto sob o aspecto da vivência pessoal de cada sujeito quanto em relação aos sentimentos que são pelos mesmos sujeitos idealizados. É através da memória que o “[...] pensamento constituinte apoia-se sobre o pensamento constituído para enquadrar a novidade a esquemas antigos, ao já conhecido.” (JODELET, 2001, p. 39).

As emoções são determinantes na ancoragem de novas representações e, no que diz respeito ao objeto deste estudo, sentimentos de culpa, incompletude, tristeza e autoconceito negativo, por exemplo, e que surgem atrelados à constatação da infertilidade, na verdade mascaram a imposição das construções históricas, culturais e sociais que perpetuam o entendimento de que a responsabilidade pela procriação cabe às mulheres, pois estas têm seu papel definido apenas pela maternidade. (TUBERT, 1996; TRINDADE; ENUMO, 2002).

Não menos importante, a ideologia também surge como determinante à condução do pensamento, atuando ativamente no processo de ancoragem das representações sociais. O papel da ideologia é significativo, pois se reflete nos sujeitos por meio das ideias, atitudes e demais características da sociedade em que os mesmos se encontram. Embora nem todas as representações sociais sejam reflexos ideológicos, a ideologia pode ser considerada um conjunto de ideias da época (CHAUÍ, 2001), que certamente influenciam essas construções.

Instrumento de dominação (GRAMSCI, 1978), a ideologia corresponde à manifestação do saber expresso pelo resultado da interação entre o sujeito (por meio de suas ideias) e seu entorno, cuja função é conceder à sociedade de classes uma explicação racional para as diferenças, com o fim de saná-las. A propósito, inexistente uma ideologia dominante, mas sim embates de construções ideológicas que buscam a dominação pelo poder. Segundo Chauí (2001, p. 96), para atingir esse fim, três fases são perpassadas:

- a) se inicia como um conjunto sistemático de ideias que os pensadores de uma classe em ascensão produzem para que essa nova classe apareça como representante dos interesses de toda a sociedade, representando os

interesses de todos os não dominantes; b) ela prossegue tornando-se aquilo que Gramsci denomina de senso, isto é, ela populariza-se, torna-se um conjunto de ideias e de valores concatenados e coerentes, aceitos por todos os que são contrários à dominação existente e que imaginam uma sociedade que realize essas ideias e esses valores [...]; c) uma vez sedimentada e interiorizada como um senso comum, a ideologia mantém-se mesmo após a vitória da classe emergente, que se torna, então, classe dominante.

A ideologia fortalece o pensamento, influenciando as construções das representações sociais. (MOSCOVICI, 2003). É por meio desta que se legitimam diversas e incontáveis condições sociais de poder e dominação, no intuito de torná-las verdadeiras e justas. (CHAUÍ, 2001).

Embora a complexidade em apontar uma definição do fenômeno ideológico, toda e qualquer ideologia é o reflexo das condições existenciais da época, bem como da racionalização e da legitimação preponderante em determinado momento histórico, político, social. (WOLKMER, 2000). Nesse sentido, depoimentos extraídos da pesquisa empírica, tais como “[...] ter filhos é o que toda mulher quer, que todo casal quer”, “a sociedade é muito machista”, “o ser humano vem ao mundo para ter filhos.” (informação verbal)⁵⁵, entre outros, expressam construções da sociedade que restam instituídas e perpetuadas pela dominação. Ao reproduzir esses posicionamentos como naturais, as mulheres que vivenciaram a infertilidade e optaram pelo uso das TRA para concretizar o filho biológico, favorecem a permanência das relações de dominação que as reconhecem – na ordem social – apenas como mães.

Por sua vez, é por meio da objetivação que os sujeitos elaboram conceitos, imagens e os reproduzem em suas relações, já que a objetivação diz respeito à forma de organização dos elementos da representação e do percurso por meio dos quais aqueles são materializados em ideias, pensamentos, significados, tornando-se a expressão da realidade. (MOSCOVICI, 2003).

A objetivação, portanto, é o processo através do qual se concretiza uma representação, na medida em que noções abstratas são transformadas em realidade. A objetivação consiste em uma operação imaginante e estruturante pela qual se dá uma forma ou figura ao conhecimento acerca do objeto, tornando

⁵⁵ Entrevista concedida à autora.

concreto, quase tangível. (JODELET, 2001). Sendo assim, a objetivação finaliza o processo de familiarização dando materialidade às ideias. (MOSCOVICI, 2003).

Os processos de ancoragem e objetivação emergem da teoria das representações sociais, transformando o estranho em familiar. Ao tentar compreender as representações sociais construídas por mulheres que vivenciaram a infertilidade e optaram pelo uso das tecnologias reprodutivas no intuito de ter o filho biológico, busca-se identificar as relações que essas mulheres mantêm com a realidade que as cercam, pois, como afirma Abric (1996, p. 9-10),

[...] a análise científica das mentalidades e das práticas sociais será um dos elementos indispensáveis à evolução e ao progresso social. E a teoria das Representações Sociais constitui hoje um sistema teórico particularmente importante para atingir este objetivo [...].

Nesse sentido, estudos realizados em áreas diversas e focando aspectos de saúde, por exemplo, mostram que as concepções de saúde são construídas nos meios sociais, conforme relações entre diversos âmbitos: valores morais, crenças, educação, entre outros. (OLIVEIRA; SIQUEIRA; ALVARENGA, 1998; TRINDADE, 1998; TRINDADE; ENUMO, 2001).

Na área da saúde reprodutiva, a Teoria das Representações Sociais é um instrumento importante no que diz respeito ao processo de compreensão de concepções do senso comum sobre assuntos desse campo, pois contribuem para o entendimento das construções acerca das experiências vividas pelos sujeitos e dos significados destas.

Assim, com o objetivo de obter depoimentos que interessam à investigação (GIL, 1999) e à compreensão das representações sociais, foram realizadas entrevistas com mulheres que vivenciaram a infertilidade e optaram pelo uso das tecnologias reprodutivas no intuito de ter o filho biológico.

Com essas considerações, passa-se à caracterização dos sujeitos, para ao final efetivar-se a discussão de toda a pesquisa, integrando os depoimentos que emergiram da entrevista e elencados por categorias de análise com a revisão de literatura outrora realizada. Por oportuno ressaltar-se que poderão ocorrer repetições dos depoimentos conforme se façam necessários às adequações das categorias elencadas.

3.2 PERFIL SOCIAL DOS SUJEITOS PARTICIPANTES

A amostra da pesquisa foi constituída por mulheres que serão apresentadas por pseudônimos – nomes de flores –, no intuito de manter a questão do anonimato.

Quatro foram as participantes: Acácia, Rosa, Íris e Margarida.

Os sujeitos de pesquisa responderam a perguntas sob a forma de um formulário com questões sobre idade, estado civil, escolaridade, profissão, renda, naturalidade.

Com base nos formulários questionários respondidos, as informações que seguem têm por finalidade apresentar o panorama geral a respeito dos sujeitos, buscando caracterizar o perfil das mulheres entrevistadas.

No que tange ao estado civil, registra-se que três mulheres estão no primeiro casamento e uma delas, embora tenha sido casada apenas uma vez, encontra-se divorciada.

As quatro mulheres são católicas e nenhuma delas tinha filhos biológicos quando da opção pela reprodução assistida, e, no tocante à idade, duas entrevistadas encontram-se na faixa etária entre 30 e 40 anos, enquanto as outras duas, na faixa compreendida entre 40 e 50 anos.

Todas as mulheres laboram, sendo que uma auferia renda superior a quatro salários mínimos, uma percebe mais do que cinco e outra mais do que oito. Uma delas preferiu não prestar essa informação.

No que diz respeito ao grau de instrução, registra-se que todas as entrevistadas possuem o 3º grau completo e uma delas é pós-graduada.

Apenas uma das mulheres entrevistadas não atingiu o objetivo de engravidar, mesmo utilizando-se das TRA e tendo feito mais de um procedimento de fertilização *in vitro*. Com relação aos procedimentos utilizados, registra-se que duas entrevistadas foram submetidas ao uso da tecnologia reprodutiva da FIV. Uma das entrevistadas fez uso de medicamento para induzir a ovulação, chamado Indux, mas, não tendo êxito e levando-se em conta que sua saúde piorava face à Endometriose, optou pela chamada “barriga de aluguel”. Já a outra mulher, fez uso da técnica reprodutiva da injeção intracitoplasmática de espermatozóide.

Dentre as quatro mulheres, apenas uma não foi diagnosticada como infértil (Margarida), mas sim seu ex-marido. Embora tenha sido ele quem apresentou problemas relativos à infertilidade, foi Margarida que se submeteu ao tratamento de

reprodução assistida. É oportuno esclarecer que esse dado somente veio à tona quando da realização da entrevista, no momento em que Margarida relatou que:

Embora fosse o meu marido que fosse o infértil, pelo que percebi e com quem eu conversei senti, pelo menos na clínica onde eu fui que tudo é tratado como uma coisa só, não importa quem é, porque o problema é do casal, o casal é infértil e eles procuram resolver o problema então. Conversei com outras mulheres que fizeram tratamento e é a mesma visão. Conversei com o médico, depois, que fez o meu parto e é a mesma visão. Não importa quem, o problema é dos dois. (informação verbal)⁵⁶

Assim, levando-se em conta o depoimento de Margarida, a presente pesquisa que – à priori – teria como sujeitos apenas mulheres que fossem consideradas inférteis, também considerou esse relato na análise das representações sociais. Feitas tais considerações, o estudo avança no intuito de apreender as representações sociais que emergem dos depoimentos.

3.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS CONSTRUÍDAS POR MULHERES QUE VIVENCIARAM A INFERTILIDADE

Para a melhor compreensão das representações sociais, é necessário encontrar elementos comuns contidos nas pluralidades das construções dos sujeitos, relacionando-os ao contexto de suas produções. Nesse sentido, cabe registrar que, embora as representações sociais tenham sido levantadas a partir dos depoimentos de cada sujeito de pesquisa, em muitos aspectos os relatos apresentaram homogeneidade. Por outro lado, a diversidade também se fez presente, sendo importante considerá-la.

Sendo assim, para atingir o objetivo da pesquisa, o conteúdo dos depoimentos foi agrupado em categorias de análise, quais sejam:

- a) a notícia da infertilidade e o impacto do diagnóstico;
- b) mudanças nos relacionamentos familiares e no convívio social;
- c) opção pelas tecnologias reprodutivas e desenrolar do processo;
- d) a importância do filho biológico;
- e) significações da maternidade.

⁵⁶ Entrevista concedida à autora.

Por sua vez, a ancoragem das representações perpassou pela familiarização do diagnóstico de infertilidade e da opção pelo uso das tecnologias reprodutivas com vistas à realização do filho, já que essas questões se inserem no contexto histórico, social, cultural, e criam concepções acerca da maternidade e do filho biológico. Não obstante, a memória emocional e a ideologia também influenciaram o processo de ancoragem.

Já com a objetivação, as representações sociais foram reproduzidas por meio da comunicação, bem como da interação entre os sujeitos e seu entorno.

3.3.1 A notícia da infertilidade e o impacto do diagnóstico

O problema de saúde relativo à infertilidade sempre se fez presente na sociedade, mas as alterações na conjuntura de vida das mulheres contribuíram para que a questão fosse colocada em pauta para o debate. Em muitos casos, o problema já existe, mas é somente a partir do momento em que se tenta levar a efeito a gravidez que a infertilidade é constatada. Pesquisa realizada por Trindade e Borlot (2004), e que restou condensada no artigo “As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico”, evidencia que muitas mulheres fazem o uso de métodos contraceptivos sem saber que possuem problemas relativos à infertilidade e isso também emergiu dos depoimentos dos sujeitos de pesquisa:

Acácia: “[...] há tempos brigava com fortes dores menstruais e sangramento em excesso, até que após uma cirurgia o médico chegou a um diagnóstico: Endometriose. Uma doença que quando não impede por completo, dificulta significativamente a concepção.” (informação verbal)⁵⁷

Íris: “Decidimos ter um filho e passamos a não utilizar preservativo e anticoncepcional e neste processo foram três anos. E foi quando eu descobri que estava com Endometriose [...]. Eu descobri que era infértil por conta da Endometriose.” (informação verbal)⁵⁸

Margarida: “Eu tentei engravidar um ano e quando eu percebi que não dava resultado percebi que tinha alguma coisa errada [...]”. (informação verbal)⁵⁹

⁵⁷ Entrevista concedida à autora.

⁵⁸ Entrevista concedida à autora.

⁵⁹ Entrevista concedida à autora.

Na contramão dos fatos, apenas uma (das quatro mulheres entrevistadas) tinha conhecimento de sua condição de infértil antes mesmo de tentar engravidar:

Rosa: “Eu não tentei engravidar naturalmente [...], pois eu já sabia de meu problema, assim, não houve tentativa alguma de engravidar.” (informação verbal)⁶⁰

Segundo estudos de Speroff, Glass e Kase (1995), o diagnóstico de infertilidade pode decorrer de causas femininas, masculinas ou de ambos. Em nossa pesquisa foi constatado que três mulheres eram inférteis, sendo que em um dos casos a infertilidade era do casal. Apenas uma das entrevistadas não foi considerada infértil, mas sim seu esposo. A Endometriose foi apontada como a causa da infertilidade feminina, mas a pesquisa não demonstrou qual eram os problemas que ocasionaram a infertilidade masculina, em ambos os casos relatados.

Entretanto, por mais que o diagnóstico de infertilidade seja decorrente de causas atribuídas, em algumas situações, a um sujeito de modo específico, o estudo comprova o entendimento de Lanius (2008) e Carvalho et al. (2006) de que a condição de infértil é considerada como problema do casal. Convergingo com esse posicionamento, relata Margarida:

[...] embora fosse o meu marido que fosse o infértil, pelo que percebi e com quem eu conversei senti, pelo menos na clínica onde eu fui que tudo é tratado como uma coisa só, não importa quem é, porque o problema é do casal, o casal é infértil [...]. Não importa quem, o problema é dos dois. (informação verbal)⁶¹

Ademais, a pesquisa trouxe à tona que, independentemente da causa da infertilidade ou de quem apresenta o problema, essa condição traz consigo sofrimento tanto para o infértil quanto para toda sua família, eclodindo sentimentos de tristeza, culpa, vergonha, inferioridade e impotência, como fica claro nos seguintes depoimentos:

Acácia: “Existem mulheres que jamais conseguirão gerar um filho e você é uma delas. Esta frase me caiu uma bomba, me senti uma ‘meia mulher’ doente e incapaz de realizar um sonho meu e do meu marido. [...] O sentimento é de incapacidade, de inutilidade, chega a um ponto em que você só enxerga mulheres grávidas ou com crianças de colo ao seu redor, e um único pensamento: por que só eu não posso?” (informação verbal)⁶²

⁶⁰ Entrevista concedida à autora.

⁶¹ Entrevista concedida à autora.

⁶² Entrevista concedida à autora.

Rosa: “Eu constatei que era infértil [...] e isto me deixou muito triste sim, por imaginar que não poderia ser mãe [...]. A infertilidade interferiu em minha vida sim. [...] Quando eu descobri que tinha endometriose e poderia ter dificuldades em ter filho, me senti com um vazio, como se o mundo estivesse caindo em minha cabeça.” (informação verbal)⁶³

Íris: “[...] o momento que eu percebia que tinha menstruado era horrível, eu pensava assim: ai meu Deus, de novo. [...] eu tive assim uns dias de ‘briguei com Deus’. Por que comigo?” (informação verbal)⁶⁴

Margarida: “Constatar a infertilidade é um momento bem difícil, foi uma expectativa muito grande esperando o resultado do exame dele e quando a médica disse: ‘ele é completamente infértil’ o meu mundo desabou, é uma sensação de incapacidade, de inferioridade, de impotência, de incapaz. [...] Eu me tornei uma pessoa infeliz e amarga.” (informação verbal)⁶⁵

O diagnóstico de infertilidade não é encarado com tranquilidade, nem mesmo pela entrevistada que descobriu o problema antes de tentar ter filhos. A experiência apresenta-se, para todos os sujeitos, como um acontecimento triste e repleto de sentimentos negativos, tais como a própria desvalorização (até mesmo pelas entrevistadas) enquanto pessoa e mulher. Nesse aspecto, o conteúdo dos depoimentos retoma o posicionamento de estudos realizados por Makuch (2001), Carvalho et al. (2006), Schaffer e Diamond (1994), Trindade e Enumo (2001) e Trindade e Borlot (2004), Oliveira, Granja e Sousa (2013), que correlacionam o diagnóstico de infertilidade à perda do controle sobre o projeto de vida e à crise de identidade e de valores.

A infertilidade interfere sobremaneira no cotidiano de todos os envolvidos, alterando comportamentos, sentimentos, situações e, por isso, é preciso compreender que vivenciar a infertilidade não é apenas uma questão do processo saúde/doença, mas vai além e abrange o social, o cultural, o afetivo.

Em consonância com Pessini e Barchifontaine (2010), a pesquisa demonstrou que critérios objetivos e subjetivos devem ser levados em conta ao se tratar da infertilidade, pois a herança sociocultural e a ideologia, por exemplo, remetem ao entendimento de que os filhos são essenciais à constituição da família. Trindade (1991) constatou que a mulher assume com maior frequência a responsabilidade pela procriação, ainda que não seja ela a infértil. Em muitos casos, é ela quem primeiro se submete aos exames, pois é a *principal suspeita* de ser a

⁶³ Entrevista concedida à autora.

⁶⁴ Entrevista concedida à autora.

⁶⁵ Entrevista concedida à autora.

infértil, e esses posicionamentos também foram comprovados com esta pesquisa. Historicamente, o dever de gerar filhos é considerado como atribuição da mulher e a reprodução desse pensamento fica claro em dois depoimentos.

Margarida: “Como a sociedade é muito machista, o meu marido dizia: você tem algum problema, vá buscar descobrir o que é [...]” (informação verbal)⁶⁶

Rosa: “A ideia da reprodução começou por mim.” (informação verbal)⁶⁷

Portanto, ainda que a infertilidade não seja apenas decorrente de causas femininas, o rebatimento dessa condição é muito maior para as mulheres, pois estas reproduzem a concepção da maternidade que emerge das relações sociais, materializando posições históricas, culturais, sociais. Questionamentos e temores tais como:

Acácia: “[...] por que só eu não posso?”; “[...] eu não vou poder dar a ele o filho que tanto quer [...]” (informação verbal)⁶⁸

Íris: “[...] por que comigo?”; “[...] nunca mais a gente vai poder ser pai e mãe. A gente nunca mais vai poder ser vô/vó.” (informação verbal)⁶⁹

Margarida: “quando eu soube que não teria filhos, eu entrei em pânico”; “[...] eu casei com a paixão da minha vida e não tínhamos problemas e de repente só tinha conflito.” (informação verbal)⁷⁰

Corroboram o peso substancial que a maternidade exerce na vida das mulheres, as quais, muitas vezes, entram na ordem simbólica apenas como mães.

3.3.2 Mudanças nos relacionamentos familiares e no convívio social

A constatação da infertilidade traz consigo, inevitavelmente, reflexos para os relacionamentos familiares e sociais daqueles que vivenciaram o processo. Embora ocorra por motivos diferentes, de acordo com Trindade e Borlot (2004), a infertilidade pode deteriorar ou fortalecer a relação conjugal.

⁶⁶ Entrevista concedida à autora.

⁶⁷ Entrevista concedida à autora.

⁶⁸ Entrevista concedida à autora.

⁶⁹ Entrevista concedida à autora.

⁷⁰ Entrevista concedida à autora.

Muitas vezes, o sentimento de culpa/impotência diante da realidade constatada e o temor pelo desconhecido dificultam a comunicação entre o casal e interferem negativamente, desagregando os laços familiares. E mais, se o casamento estiver balizado no conceito da parentalidade, conforme exposto nos estudos de Straube (2009), Spotorno, Silva e Lopes (2008), Oliveira, Granja e Sousa (2013), a condição de infértil pode gerar sentimentos negativos para aquele que teme não concretizar o projeto de ter filhos, pois o desejo surge vinculado ao dever de procriar, como se constatou nos relatos:

Acácia: “No projeto do casamento sempre me imaginei com filhos. [...] e como era um desejo tanto meu quanto de meu esposo resolvemos antecipar um projeto que deveria se concretizar a mais alguns anos [...]” (informação verbal)⁷¹

Íris: “[...] a vontade de ter um filho é a questão natural, é o que todo mulher quer, o que todo casal quer.” (informação verbal)⁷²

Margarida: “[...] eu sempre sonhei em ter um filho meu [...]” (informação verbal)⁷³

Nesta pesquisa, as mudanças nos relacionamentos conjugais de forma negativa apareceram em menor frequência do que as de caráter positivo. Em apenas um dos casos (naquele em que o marido foi considerado infértil), a descoberta do diagnóstico interferiu de modo tão devastador que desde o primeiro momento afastou o casal e gerou conflitos, confirmando os estudos de Schaffer e Diamond (1994),

Margarida: “Eu senti que nós nos afastamos muito [...]. Com meu marido mudou 100%. [...] Se o casal não estiver 100% conectado não consegue lidar com o problema [...]. Foram dez anos de conflitos. [...] Eu casei com a paixão da minha vida e não tínhamos problemas e de repente, só tinha conflito.” (informação verbal)⁷⁴

Como se não bastasse, nem a opção pelo uso das tecnologias reprodutivas (e o êxito já na primeira tentativa) alterou o quadro do relacionamento do casal, que, desestabilizado, acabou por se separar. Spotorno, Silva e Lopes (2008), assim como Oliveira, Granja e Sousa (2013), relatam que a experiência da infertilidade acarreta sofrimento não só para o infértil, mas para o casal. Nesse sentido:

⁷¹ Entrevista concedida à autora.

⁷² Entrevista concedida à autora.

⁷³ Entrevista concedida à autora.

⁷⁴ Entrevista concedida à autora.

Margarida: “É ruim ‘pro’ casal. O casal tem que ser muito unido, muito unido, se não for um casal que caminhe junto, o casamento acaba mesmo. O meu casamento acabou. [...] meu casamento mudou muito e se o casal não estiver 100% conectado não consegue lidar com o problema.” (informação verbal)⁷⁵

Por outro lado, por meio da análise dos demais relatos, percebeu-se que a notícia da infertilidade também pode aproximar os casais e, quando existe o apoio do marido, a experiência contribui para o amadurecimento da relação e dos vínculos afetivos. Três depoimentos revelaram que o relacionamento conjugal tornou-se mais fortalecido após o diagnóstico de infertilidade:

Acácia: “Meu marido sempre participou de todas minhas escolhas positivamente. [...] aceitou a condição da melhor maneira possível, estando sempre ao meu lado, me apoiando.” (informação verbal)⁷⁶

Rosa: “[...] tive inteiro apoio do meu marido [...]. Nós ficamos muito unidos, porque o sofrimento une. [...] Nosso relacionamento só fortaleceu com estes impedimentos. [...] encontrei nele todo o apoio que necessitava para realizar meu sonho.” (informação verbal)⁷⁷

Íris: “[...] então isto uniu demais, demais mesmo. [...] a gente é grudado por conta disso. [...] Ele cuidava muito de mim. O cuidado dele era enorme.” (informação verbal)⁷⁸

O apoio da família também é muito importante e contribuiu de modo positivo para o desenrolar do processo, mas algumas experiências revelaram que a sensação de vergonha decorrente da incapacidade de reprodução afastou quem vivenciou a infertilidade do convívio com a família e com os amigos. Enquanto alguns sujeitos optaram por não contar sobre o diagnóstico, temendo que as expectativas influenciassem o tratamento, outros (buscando conforto emotivo) compartilharam os acontecimentos, o que reafirmou – em ambos os aspectos – a pesquisa de Schaffer e Diamond (1994).

Acácia: “Por ser uma situação em que o emocional e as expectativas influenciam diretamente o tratamento, pouquíssimas pessoas ficaram sabendo do tratamento. Evita-se tocar no assunto.” (informação verbal)⁷⁹

Rosa: “Não recebemos apoio porque optamos iniciar todo o processo em segredo e não contamos nada para nossa família nem para os amigos,

⁷⁵ Entrevista concedida à autora.

⁷⁶ Entrevista concedida à autora.

⁷⁷ Entrevista concedida à autora.

⁷⁸ Entrevista concedida à autora.

⁷⁹ Entrevista concedida à autora.

assim pudemos ir passo a passo sem pressão de nossa família e até de nós mesmos.” (informação verbal)⁸⁰

Margarida: “Eu me afastei de todos os meus amigos [...] me afastei de totalmente do convívio social”. (informação verbal)⁸¹

Íris: “Quem era vivo se envolveu com o processo. Nunca me afastei do convívio das pessoas por conta de não ter filhos.” (informação verbal)⁸²

A cobrança da ausência de filhos no casamento também foi citada pelas mulheres, vindo a confirmar estudos de Farinati (2009), no sentido de que existe uma pressão social e familiar para que o casal procrie. Em um dos depoimentos, a entrevistada relatou que a sociedade lhe cobrava, lhe perguntavam o motivo de ainda não ter filhos – o que lhe constrangia –, pois acreditava que as pessoas a viam de uma maneira diferente.

Margarida: “E você sabe que te olham ou pelo menos você acha que te olham de uma maneira diferente, com pena, com dó, é uma sensação ruim, muito ruim, muito ruim, muito ruim mesmo.” (informação verbal)⁸³

Coadunando com os relatos, o segredo da opção pelo tratamento retoma o ideário que vivenciar a infertilidade é uma condição carregada de sentimentos ruins e que estigmatizam o indivíduo. Ou seja, as tomadas de posições dos sujeitos de pesquisa decorrem das situações, expectativas e sentimentos vivenciados.

3.3.3 Opção pelas tecnologias reprodutivas e o desenrolar do processo

A opção pelo uso das tecnologias reprodutivas apareceu como resposta às frustrações, dilemas e, principalmente, à concretização do projeto do filho biológico, na exata proporção em que o mercado dessas tecnologias fomenta e reforça o ideário da parentalidade.

É oportuno registrar que embora a adoção também seja uma das alternativas, essa opção aparece nos depoimentos em segundo plano, e após o esgotamento da possibilidade de se ter o filho biológico.

⁸⁰ Entrevista concedida à autora.

⁸¹ Entrevista concedida à autora.

⁸² Entrevista concedida à autora.

⁸³ Entrevista concedida à autora.

Estudos de Trindade e Enumo (2001) revelaram que o sentimento é a ‘garantia do produto’, ou seja, se a mulher adotar não é o sangue dela, não vai ser mãe de verdade, não vai ter vivenciado o processo. A adoção foi pensada após a desesperança, ao fracasso da realização. O temor em adotar – quer seja pelo desconhecido, quer seja decorrente de princípios religiosos – agregou sentimentos que sedimentaram o projeto do filho biológico via reprodução assistida.

Acácia: “[...] o fato é que pensamos sim em adoção, mas a burocracia e o medo nos fez caminhar para outro lado, medo do desconhecido, como *será* nossos sentimentos em relação à criança adotada [...]” (informação verbal)⁸⁴

Rosa: “Nós já havíamos pensado nisso, mas primeiro queríamos tentar o tratamento para depois decidirmos sobre a adoção.” (informação verbal)⁸⁵

Íris: “Nós cogitamos a possibilidade de adotar, nós conversamos sobre isto, mas a gente decidiu de outra forma, talvez por conta da religião [...] e também por conta de um medo, um certo temor de adotar uma criança. A espera no filho adotivo você não tem. [...] eu não veria as minhas características físicas [...]” (informação verbal)⁸⁶

Tendo sido feita a opção pelo uso das tecnologias reprodutivas, o desenrolar do processo retratou que os sentimentos de medo, vergonha, insegurança e frustração continuaram presentes nas vidas das mulheres, mas a decisão lhes trouxe a esperança. Essas manifestações emocionais são apontadas em pesquisas de Trindade e Borlot (2004), bem como de Trindade e Enumo (2001). Ademais, todas as mulheres afirmaram que o processo pelo qual se submeteram foi difícil, doloroso, entretanto incomparável à dor de não ter o filho que tanto se almejava.

Após a realização do procedimento escolhido/indicado, o resultado negativo foi considerado como um dos momentos mais difíceis de vivenciar, pois reafirmou a impotência do sujeito diante da situação.

Cada nova tentativa, cada novo procedimento trouxe o desejo de superar o obstáculo que impedia a concretização do filho biológico e, nesse aspecto, a possibilidade de custear o tratamento foi considerada como determinante à efetivação do mesmo.

⁸⁴ Entrevista concedida à autora.

⁸⁵ Entrevista concedida à autora.

⁸⁶ Entrevista concedida à autora.

Rosa: “Porém conversamos e definimos que seria a última vez que faríamos o tratamento, devido ao gasto financeiro [...]” (informação verbal)⁸⁷

Íris: “Mas nós paramos por questões financeiras. Tudo era muito caro e difícil. Se nós tivéssemos mais condições financeiras talvez nós tivéssemos a criança [...]” (informação verbal)⁸⁸

Margarida: “É um tratamento caro. Se eu não tivesse condições no momento, eu acredito que teria que abrir mão do meu sonho de ser mãe, porque não tenho conhecimento ainda hoje, na rede pública de conseguir tratamento por ser tão oneroso.” (informação verbal)⁸⁹

Assim, ratificando as pesquisas de Van Balen e Gerrits (2001), de Ombelet et al. (2008), de Trindade e Borlot (2004), de Trindade e Enumo (2001), e de Leite e Henriques (2014), no entendimento da maioria dos sujeitos de pesquisa, o acesso à TRA está associado aos altos custos e, por isso, não está disponível para todos, em todos os países.

Outros pontos que emergiram dos depoimentos das mulheres entrevistadas foram: a informação insuficiente, a ausência de preparo e de ética de alguns profissionais. Enquanto duas entrevistadas avaliaram negativamente os profissionais envolvidos com as TRA, e afirmaram não terem recebido todas as informações devidas e que o fator ‘dinheiro’ é o que importa, outras duas ressaltaram que as informações e o acompanhamento do médico foram essenciais à tomada de decisão.

Acácia: “O acompanhamento que tive do meu médico foi incontestável.” (informação verbal)⁹⁰

Rosa: “[...] fomos buscar alternativas com o meu ginecologista e ele me indicou o Doutor [...] que nos atendeu da melhor forma possível [...]. Nós fomos bem orientados desde o início.” (informação verbal)⁹¹

Enfim, quer seja pelo aspecto positivo ou negativo, os depoimentos fortalecem o entendimento de Brauner (2003) e Fortes (1993), no sentido de que o direito à informação e a ética de todos os envolvidos (beneficiários ou profissionais) devem prevalecer quando se trata do uso das tecnologias reprodutivas.

⁸⁷ Entrevista concedida à autora.

⁸⁸ Entrevista concedida à autora.

⁸⁹ Entrevista concedida à autora.

⁹⁰ Entrevista concedida à autora.

⁹¹ Entrevista concedida à autora.

3.3.4 A importância do filho biológico

Apontado como objetivo de vida dos sujeitos de pesquisa, o filho biológico apareceu em todos os relatos. A realização desse projeto se mostrou imprescindível até por mulheres que esperam o momento ideal para ser mães (como ocorreu em um dos casos pesquisados), o que demonstra que a maternidade, resgatando Rocha-Coutinho (1994), pode ser considerada como atividade mais doce e invejável que a mulher pode ter.

Acácia: “No projeto do casamento sempre me imaginei com filhos.” (informação verbal)⁹²

Rosa: “Há três anos comecei a madurar a ideia de ser mãe, mas posterguei sim este desejo [...] eu pensava que não podíamos iniciar um projeto de vida sem ao menos termos certeza de nossas vidas e de nossa união, mas sempre quisemos conceber filhos.” (informação verbal)⁹³

Íris: “[...] a vontade de ter um filho é a questão natural, é o que toda mulher quer, o que todo casal quer. Eu sempre tive a vontade de ter um filho.” (informação verbal)⁹⁴

Margarida: “[...] eu sempre sonhei em ter um filho meu [...]” (informação verbal)⁹⁵

A importância do filho biológico, bem como da propagação das características entre pais e filhos foram reforçadas nos depoimentos e na mesma direção destacam-se as pesquisas de Spotorno, Siva e Lopes (2008), Trindade e Borlot (2004), Trindade e Enumo (2001) e Lanius (2008), pelas quais a parentalidade é um dos mais importantes projetos de vida para o indivíduo e para o casal.

Rosa: “Sabe, ela continuará nossa geração.” (informação verbal)⁹⁶

Íris: “O filho é uma continuidade nossa, é uma continuidade do casal. O filho biológico é continuidade, é deixar uma parte sua em alguém, uma parte pessoa, uma parte sentimento, o material. [...] Eu não tenho como me ver no outro.” (informação verbal)⁹⁷

Margarida: “[...] a realização de ser mãe, de ter uma criança que saiu de você com as suas características e com as da pessoa que você casou, que você amou, que você idealizou para construir uma vida não tem como

⁹² Entrevista concedida à autora.

⁹³ Entrevista concedida à autora.

⁹⁴ Entrevista concedida à autora.

⁹⁵ Entrevista concedida à autora.

⁹⁶ Entrevista concedida à autora.

⁹⁷ Entrevista concedida à autora.

explicar. Você ver traços teus um uma criança é uma sensação maravilhosa.” (informação verbal)⁹⁸

Pelos depoimentos, é possível perceber que rotinas restaram alteradas, dores físicas e psicológicas foram uma constante, relacionamentos mudaram, no entanto, um único objetivo foi perseguido pelas mulheres: ter o filho biológico. O filho apareceu ligado à ideia de felicidade, de êxito, de bem-estar, de completude, corroborando estudos de Nóbrega (1995) que apontaram o par mãe/filho como representativos do ideal de felicidade.

Acácia: “O filho é tudo. Meus filhos são minha vida e eu faria tudo de novo.” (informação verbal)⁹⁹

Rosa: “É uma felicidade que eu faria tudo de novo, não tem preço que pague a felicidade de sentir seu filho, seu coraçãozinho bater, sentir o bebê pular em sua barriga, não tem dinheiro que pague. [...] e será nossa alegria por toda a vida.” (informação verbal)¹⁰⁰

Margarida: “A minha vida hoje são as crianças. É uma coisa maravilhosa uma criança na vida da gente. A partir do momento que eu engravidei não me senti mais sozinha. Eu dou a vida, o mundo pelos meus filhos. [...]. Eu amo meus filhos de paixão, sou louca por eles, não me arrependo de nada, [...]” (informação verbal)¹⁰¹

Em contrapartida, a ausência do filho biológico foi associada aos sentimentos negativos de dor, incerteza, infelicidade. Esses sentimentos também foram observados por Trindade e Borlot (2004), Trindade e Enumo (2001) e Lanius (2008).

Íris: “[...] é um sentimento, uma dor que não tem como você dizer, não tem como você descrever, porque ela não dói hoje, ela dói sempre. Ela não aparece aqui e ali. Ela aparece nos momentos que você menos espera. Você tem que aprender a lidar a não ter o filho, sempre, sempre.” (informação verbal)¹⁰²

Assim, ao retomarmos Makuch (2001), consigna-se que todos os sentimentos expressos nos relatos (positivos ou negativos) demonstram que, para as mulheres entrevistadas, o filho biológico significa a confirmação de sua condição enquanto mulher, da feminilidade e do esperado pelo entorno familiar e social.

⁹⁸ Entrevista concedida à autora.

⁹⁹ Entrevista concedida à autora.

¹⁰⁰ Entrevista concedida à autora.

¹⁰¹ Entrevista concedida à autora.

¹⁰² Entrevista concedida à autora.

3.3.5 Significações da Maternidade

Inerente à condição de ser mulher: é desse modo que aparece retratado o vocábulo maternidade pelos sujeitos de pesquisa.

Ainda no que tange às significações da maternidade, os depoimentos remeteram à perpetuação das construções históricas e culturais que consideram o desejo de ser mãe como um sentimento que habita o ser humano desde muito cedo, reafirmando Spotorno, Silva e Lopes (2008), Trindade (1991) e Trindade e Borlot (2004).

Acácia: “Quando eu imaginava essa parte da minha vida, sempre imaginei tudo acontecendo naturalmente.” (informação verbal)¹⁰³

Rosa: “Com a decisão pela reprodução me sinto [...] mais mulher.” (informação verbal)¹⁰⁴

Íris: “[...] A vontade de ter um filho é a questão natural, é o que toda mulher quer [...].” (informação verbal)¹⁰⁵

Margarida: “[...] eu sempre sonhei em ter um filho.” (informação verbal)¹⁰⁶

Da mesma forma, a ideologia do amor materno citada por Badinter (1985), em sua obra *Um amor conquistado*: o mito do amor materno, permeou as construções da maternidade. Ser mãe foi considerado pelas entrevistadas como algo indescritível, um valor feminino maior.

Acácia: “Ser mãe [...] é maior que tudo, um sentimento indescritível, além das minhas expectativas.” (informação verbal)¹⁰⁷

Rosa: “É indescritível essa sensação, me sinto plena como mulher. É o momento mais maravilhoso de uma mulher.” (informação verbal)¹⁰⁸

Margarida: “Quem tem o sonho de ser mãe não pode desistir. É uma coisa maravilhosa uma criança na vida da gente, é uma coisa inexplicável.” (informação verbal)¹⁰⁹

E mais, embora a atual conjuntura de vida das mulheres aponte no sentido de que a maternidade é um projeto para a concretização do filho e não apenas uma

¹⁰³ Entrevista concedida à autora.

¹⁰⁴ Entrevista concedida à autora.

¹⁰⁵ Entrevista concedida à autora.

¹⁰⁶ Entrevista concedida à autora.

¹⁰⁷ Entrevista concedida à autora.

¹⁰⁸ Entrevista concedida à autora.

¹⁰⁹ Entrevista concedida à autora.

obrigação, a pesquisa demonstrou que as entrevistadas continuam a reproduzir o modelo tradicional e ideologicamente criado do vocábulo, através do qual a mãe é quem cuida dos filhos, é amorosa, dedicada, devota e se sacrifica, pois os filhos biológicos preenchem suas necessidades sócio psicológicas. Ser mãe, para Forna (1999), corresponde a um ideal de felicidade, que surge cercado de emoção, e os depoimentos seguem esse posicionamento.

Acácia: “Não me arrependo de nada, das dores, sofrimentos e aflições que me acompanharam desde o início. Quando olho para meus filhos e vejo que eles são tudo o que sempre imaginei, percebo que valeu a pena.” (informação verbal)¹¹⁰

Rosa: “[...] estou vivendo a cada dia com muito amor e dedicação a nossa filha. A maternidade já mudou muito, hoje penso somente no bem estar dela.” (informação verbal)¹¹¹

Margarida: “A maternidade mudou tudo em minha vida. A partir do momento que eu engravidei eu não me senti mais sozinha. Eu tinha uma agência de viagens e mudei minha ocupação. [...] Eu não descansava. [...] Eu saí de um casamento [...] porque era melhor para os meus filhos [...]” (informação verbal)¹¹²

Reafirmando Nóbrega (1995), mudanças comportamentais também foram atribuídas à maternidade como se fosse ela que transformasse Eva em Maria.

Margarida: “Você se torna outra pessoa, você se torna mais humana [...]. Hoje eu sou muito feliz, mas a vida que eu tinha antes parece que pertencia a outra pessoa. Eu sou uma pessoa completamente diferente, com outras ideias, com maturidade maior, com valores e atribuo tudo à maternidade. Coisas que eram importantes deixaram de ser e outras passaram a ser mais, muito mais significativas.” (informação verbal)¹¹³

Ao considerarmos a multiplicidade de aspectos citados pelas mulheres entrevistadas, pode-se concluir, em um primeiro momento, que a construção da maternidade biológica está apenas associada à questão de ter e possuir descendente, mas não é só isto. Há que se valorar, ainda, a ideologia e reafirmação do papel ativo da mulher que, na atual conjuntura, opta por levar a efeito o projeto de ter filhos biológicos e, para tanto, não mede esforços.

¹¹⁰ Entrevista concedida à autora.

¹¹¹ Entrevista concedida à autora.

¹¹² Entrevista concedida à autora.

¹¹³ Entrevista concedida à autora.

3.4 MEU FILHO, MINHA VIDA

As representações sociais dos sujeitos possuem caráter circulante, estruturas dinâmicas e operam em um conjunto de relações/comportamentos que são produzidos e reproduzidos. (MOSCOVICI, 2003). Sendo assim, por meio deste estudo, foi possível observar – desde o primeiro momento – o quanto a questão da infertilidade se caracterizou como uma experiência dolorosa, fato que comprovou pesquisas nesse sentido de Makuch (2001), Carvalho et al. (2006), Schaffer e Diamond (1994), Trindade e Enumo (2001) e Trindade e Borlot (2004).

Envolvendo questões objetivas e subjetivas que conjugam o processo de interiorização de valores às concepções ideológicas, culturais e históricas, as representações da infertilidade expressaram que tanto a condição de infértil quanto o momento da constatação do diagnóstico se transformaram em uma marca indelével na vida das mulheres entrevistadas. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010). É importante registrar que, em apenas um dos casos pesquisados, a mulher já tinha conhecimento de sua condição mesmo antes de tentar engravidar. Nas demais situações, a descoberta da infertilidade ocorreu quando se tentava concretizar o projeto do filho biológico, o que reafirmou que muitas mulheres fazem uso de métodos contraceptivos sem saber que possuem problemas relativos à fertilidade. (TRINDADE; BORLOT, 2004).

Nos depoimentos, a infertilidade foi relacionada aos sentimentos negativos de culpa, vergonha, inferioridade e impotência. Esses sentimentos puderam ser percebidos pelos seguintes relatos:

“Existem mulheres que jamais conseguirão gerar um filho e você é uma delas.’ Esta frase me caiu uma bomba, me senti uma ‘meia mulher’ doente e incapaz [...]”; “Eu constatei que era infértil. [...] me senti com um vazio, como se o mundo estivesse caindo em minha cabeça.”; “[...] o momento que eu percebia que tinha menstruado era horrível, eu pensava assim: ai meu Deus, de novo.”; “[...] quando a médica disse ‘Ele é completamente infértil.’, o meu mundo desabou, é uma sensação de incapacidade, de inferioridade, de impotência, de incapaz.” (informação verbal)¹¹⁴

Ser infértil ou vivenciar a infertilidade foram experiências dolorosas que mudaram a vida das mulheres entrevistadas, as quais, em todo momento que relataram a situação, demonstraram angústia e tristeza. A análise dos depoimentos

¹¹⁴ Entrevista concedida à autora.

permitiu constatar que a infertilidade também remete à questão de doença: “[...] me senti uma ‘meia mulher’, doente [...]”.¹¹⁵

Aliás, independentemente de quem apresentou o problema da infertilidade, o diagnóstico trouxe consigo sofrimento para o infértil e para o esposo/esposa, bem como para sua família. Segundo Speroff, Glass e Kase (1995), as causas podem ser femininas, masculinas ou de ambos, mas, reafirmando Lanius (2008) e Carvalho et al. (2006), o problema é visto como uma unidade, como do casal, e esse posicionamento se comprovou pelo seguinte relato:

“[...] embora fosse o meu marido que fosse o infértil, pelo que percebi e com quem eu conversei senti, pelo menos na clínica onde eu fui, que tudo é tratado como uma coisa só, não importa quem é, porque o problema é do casal, o casal é infértil.” (informação verbal)¹¹⁶

Nesse contexto, as mulheres disseram que cobranças surgiram (tanto por parte da ‘sociedade’ quanto ‘delas próprias’) e não conseguir conceber interferiu de modo tão devastador em suas vidas que, na maior parte dos casos, afastou-as dos convívios familiar e social. Embora tenham reconhecido que o apoio da família é muito importante, algumas experiências demonstraram que os sentimentos de medo, vergonha, impotência e as cobranças relativas ao dever do casal em procriar foram determinantes ao afastamento, comprovando pesquisa de Schaffer e Diamond (1994) e de Farinati (2009).

No que diz respeito ao relacionamento do casal, a análise dos relatos corroborou Trindade e Borlot (2004), além de Spotorno, Silva e Lopes (2008), no sentido de que a infertilidade pode deteriorar ou fortalecer a relação conjugal. De acordo com três depoimentos (nos quais o diagnóstico decorria de causas femininas ou de ambos), a infertilidade uniu o casal, mas em um deles (em que a causa era exclusivamente masculina) interferiu de modo tão negativo que gerou inúmeros conflitos, afastamento e eclodiu com a separação do casal.

Através desta pesquisa, foi possível reafirmar Lanius (2008) e Costa (2002), cujos estudos apontaram que a infertilidade masculina é associada à impotência e, portanto, muito difícil de ser assumida e vivenciada. Ou seja, processos cognitivos, afetivos e simbólicos influenciam a construção das representações sociais dos

¹¹⁵ Entrevista concedida à autora.

¹¹⁶ Entrevista concedida à autora.

homens sobre a infertilidade, sendo determinantes ao modo que estes elaboram o pensamento social.

Apesar de os estudos acerca da infertilidade masculina serem reduzidos, os que existem constataram que os homens relacionam o diagnóstico à questão da virilidade. Decorrentes desse posicionamento, outros problemas emergem como se percebe pelo seguinte depoimento:

“Como a sociedade é muito machista, o meu marido dizia: ‘você tem algum problema, vá buscar descobrir o que é’ e eu fui. Fiquei um ano fazendo exames, me virei de ponta cabeça, fiz todo tipo de exame que você possa imaginar, fiz várias consultas em médicos, acompanhamentos e descobri que no meu caso, o problema não era comigo e aí começou que o meu verdadeiro problema, porque o meu marido se recusava a buscar o auxílio, se recusava a buscar tratamento, pois dizia que era uma coisa psicológica minha e eu levei dez anos para conseguir convencê-lo [...]” (informação verbal)¹¹⁷

Há que se levar em conta que a educação de meninos e meninas ocorre de forma diferente e determina papéis para cada um. Enquanto os homens são educados para a vida, e a paternidade é um meio de confirmação da masculinidade, as mulheres são educadas para o lar, e a maternidade reafirma sua identidade. O modelo tradicional da maternidade evidenciado por Trindade e Borlot (2004) e perpetuado nos depoimentos, revelou a figura feminina que tem como tarefa a manutenção do vínculo familiar.

Jodelet (1984) também observou que as mudanças culturais afetam diferentemente homens e mulheres, indicando pressão social específica para cada sexo. Ora, se os papéis sexuais tradicionais ditam que as mulheres devem valorar a maternidade e é inadequado não se tornarem mães, as diferenças de gênero podem refletir os modos diversos de socialização da infertilidade. Entretanto, dada a complexidade do tema, é necessário destacar algumas limitações do presente estudo, o qual priorizou apreender as representações sociais das mulheres, sem adentrar especificamente na questão gênero.

Pois bem, retomando a questão da infertilidade foi possível apreender que os depoimentos indicam uma representação social que reafirma o papel da mulher em procriar, ainda que o diagnóstico seja masculino. Ou seja, ser infértil tem um rebatimento muito maior para as mulheres, que, não raras vezes, entram na ordem

¹¹⁷ Entrevista concedida à autora.

simbólica apenas como mães. Esses sentimentos foram reproduzidos tanto pelas mulheres que conseguiram ter o filho biológico via reprodução assistida quanto por aquela que não obteve êxito em suas tentativas.

Seja unindo ou afastando aquele que vivencia a infertilidade do convívio com o esposo/esposa, família e sociedade, o fato é que as expectativas e pressões para que o casal tenha filhos são a reprodução histórica e cultural da importância do parentesco biológico, que restou perpetuado nas representações sociais das mulheres entrevistadas.

Por conseguinte, a pesquisa trouxe à baila que a opção pelo uso das tecnologias reprodutivas surgiu como alternativa à concretização do filho biológico, no entanto, os sentimentos negativos continuaram a acompanhar a vida das mulheres entrevistadas. Apesar desses sentimentos, a decisão pelo uso das tecnologias reprodutivas reacendeu a esperança, o que é facilmente perceptível pelos seguintes relatos:

“A partir do momento em que optamos pelo procedimento, todas as expectativas que até então estavam sendo negativas, mudaram.”; “Com a decisão pela reprodução eu me sinto realizada, mais segura, mais mulher.”
(informação verbal)¹¹⁸

Há que se consignar que diversas manifestações emocionais associadas à opção pelo tratamento como as que emergiram dos depoimentos são apontadas na literatura, por exemplo em Trindade e Borlot (2004), assim como em Trindade e Enumo (2001).

Já no que diz respeito aos procedimentos inerentes ao tratamento, os sujeitos de pesquisa mencionaram que o processo foi extremamente difícil e causava dor. Essa dor foi física e psicológica. Ou seja, os sentimentos dos sujeitos confirmaram que os critérios subjetivos e objetivos estavam interligados, foram determinantes à condição de saúde (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010) e ao desenrolar do processo. Dores físicas foram uma constante, mas nada comparável à dor de não ter o filho biológico.

Os depoimentos das mulheres retrataram, também, que, para se submeterem aos procedimentos, inúmeras mudanças em suas rotinas ocorreram, tais como: ausência ao trabalho, uso contínuo de medicamentos, viagens e, em um

¹¹⁸ Entrevista concedida à autora.

dos casos, até alteração da residência. Todas essas modificações convergiram no intuito da concretização do filho biológico, por isso o resultado negativo do procedimento foi considerado como um dos momentos mais difíceis de vivenciar, já que reafirmou a impotência da mulher diante do resultado. Nesse sentido, registra-se que a pesquisa levantou que somente uma das mulheres obteve êxito na primeira tentativa, sendo que as demais se submeteram ao tratamento mais de uma vez, todos, diga-se, custeados pelas entrevistadas.

A propósito, os custos financeiros dispendidos com o tratamento reprodutivo foram considerados como empecilho à concretização do filho biológico:

“Porém conversamos e definimos que seria a última vez que faríamos o tratamento, devido ao gasto financeiro [...]”; “Mas nós paramos por questões financeiras. Tudo era muito caro e difícil. Se nós tivéssemos mais condições financeiras talvez nós tivéssemos a criança [...]”; “É um tratamento caro. Se eu não tivesse condições no momento, eu acredito que teria que abrir mão do meu sonho de ser mãe porque não tenho conhecimento, ainda hoje, na rede pública de conseguir tratamento por ser tão oneroso.” (informação verbal)¹¹⁹

Essas afirmações ratificam pesquisas que englobam o acesso às tecnologias reprodutivas de Van Balen e Gerrits (2001), de Ombelet et al. (2008), de Trindade e Borlot (2004) e de Trindade e Enumo (2001), as quais traduzem que em países com marcada desigualdade social, como o Brasil, o acesso ao uso das TRA encontra-se ligado à exigência do cotejo entre a necessidade e a real possibilidade em supri-la. (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

Não há como deixar de mencionar que a ausência de preparo, a falta de ética e a insuficiência de informações foram outros pontos citados por duas entrevistadas:

“Eu pensei: ‘Onde é que estou? Vou sair daqui.’”; “Eu saí da sala do médico em choque, sem saber como aconteceria, sem saber direito. O tratamento não foi explicado direito.” (informação verbal)¹²⁰

Para essas mulheres, o que importava (naqueles serviços de reprodução assistida que frequentaram) era o fator dinheiro e mais nada. No contraponto, as outras duas participantes afirmaram terem recebido todas as informações

¹¹⁹ Entrevista concedida à autora.

¹²⁰ Entrevista concedida à autora.

necessárias de seus médicos, informações que foram consideradas de extrema valia à tomada de decisão pela reprodução.

Retomando Brauner (2003) e Fortes (1993), é possível dizer que as situações acima mencionadas abrangem o direito à saúde e ao planejamento familiar, os quais não podem ficar à margem da ética e da falta de informação, pois as técnicas reprodutivas representam a ponte entre o desejo do filho e o projeto concretizado.

A adoção também emergiu dos depoimentos como uma das alternativas à infertilidade, no entanto, somente foi cogitada em um segundo momento e como resposta após a desesperança:

“[...] o fato é que pensamos sim em adoção, mas a burocracia e o medo nos fez caminhar para outro lado, medo do desconhecido, como ‘será’ nossos sentimentos em relação à criança adotada [...]”; “Nós já havíamos pensado nisso, mas primeiro queríamos tentar o tratamento para depois decidirmos sobre a adoção.”; “Nós cogitamos a possibilidade de adotar, nós conversamos sobre isto, mas a gente decidiu de outra forma, talvez por conta da religião [...] e também por conta de um medo, um certo temor de atorar uma criança. A espera no filho adotivo você não tem. [...] eu não veria as minhas características físicas [...]” (informação verbal)¹²¹

De acordo com os sujeitos, é preciso elaborar a impossibilidade do filho biológico para que se pense no filho adotivo. Guiados por princípios religiosos, pelo temor do desconhecido ou pela burocracia, os relatos expressaram que o sentimento é a ‘garantia do produto’, prevalecendo o desejo de esgotamento das tentativas para somente após se pensar adoção. (TRINDADE; ENUMO, 2001).

Via de consequência, o filho biológico apareceu em todos os depoimentos e foi apontado como projeto de vida. Em alguns relatos, restou evidenciado que embora o desejo já existisse houve a postergação do momento da gravidez, mas mesmo assim a concretização do filho se mostrou imprescindível:

“No projeto do casamento sempre me imaginei com filhos.”; “Há três anos comecei a ‘madurar’ a ideia de ser mãe, mas posterguei sim este desejo [...] eu pensava que não podíamos iniciar um projeto de vida sem ao menos termos certeza de nossas vidas e de nossa união, mas sempre quisemos conceber filhos.”; “[...] a vontade de ter um filho é a questão natural, é o que toda mulher quer, o que todo casal quer. Eu sempre tive a vontade de ter um filho.”; “[...] eu sempre sonhei em ter um filho meu [...]” (informação verbal)¹²²

¹²¹ Entrevista concedida à autora.

¹²² Entrevista concedida à autora.

As tentativas para ter o filho biológico reforçaram estudos de Spotorno, Silva e Lopes (2008), Trindade e Borlot (2004), Trindade e Enumo (2001), Lanius (2008) e Souza (1995), no sentido de que a parentalidade é um dos mais importantes projetos de vida para o indivíduo e para o casal:

“Sabe, ela continuará nossa geração.”; “O filho é uma continuidade nossa, é uma continuidade do casal. O filho biológico é continuidade, é deixar uma parte sua em alguém.”; “[...] a realização [...] de ter uma criança que saiu de você com as suas características e com as da pessoa que você casou, que você amou, que você idealizou para construir uma vida não tem como explicar.” (informação verbal)¹²³

Ademais, o sucesso da reprodução assistida gerou sentimentos positivos, tais como: felicidade, êxito, bem-estar, completude.

“O filho é tudo. Meus filhos são minha vida e eu faria tudo de novo.”; “É uma felicidade que eu faria tudo de novo, não tem preço que pague a felicidade de sentir seu filho, seu coraçãozinho bater, sentir o bebê pular em sua barriga, não tem dinheiro que pague.”; “A minha vida hoje são as crianças. É uma coisa maravilhosa uma criança na vida da gente. A partir do momento que eu engravidei não me senti mais sozinha. Eu dou a vida, o mundo pelos meus filhos [...]. Eu amo meus filhos de paixão, sou louca por eles, não me arrependo de nada [...].” (informação verbal)¹²⁴

Em contrapartida, a ausência foi associada aos sentimentos negativos de dor, incerteza, infelicidade:

“[...] é um sentimento, uma dor que não tem como você dizer, não tem como você descrever, porque ela não dói hoje, ela dói sempre. Ela não aparece aqui e ali. Ela aparece nos momentos que você menos espera. Você tem que aprender a lidar a não ter o filho, sempre, sempre.” (informação verbal)¹²⁵

Foi possível perceber que as mulheres reproduzem as concepções presentes nas relações sociais que consideram a maternidade como algo natural e inerente à condição de ser mulher. As entrevistas revelaram, ainda, que a ideologia do amor materno citada por Badinter (1985) se fez presente nas construções acerca da maternidade, e o tornar-se mãe foi considerado algo indescritível, um valor feminino maior:

¹²³ Entrevista concedida à autora.

¹²⁴ Entrevista concedida à autora.

¹²⁵ Entrevista concedida à autora.

“Ser mãe [...] é maior que tudo, um sentimento indescritível, além das minhas expectativas.”; “É indescritível essa sensação, me sinto plena como mulher. É o momento mais maravilhoso de uma mulher.”; “Quem tem o sonho de ser mãe não pode desistir. É uma coisa maravilhosa uma criança na vida da gente, é uma coisa inexplicável.” (informação verbal)¹²⁶

Nos depoimentos, percebe-se, no esteio de Forna (1999), a perpetuação da concepção da maternidade como uma atividade prazerosa, cercada de emoção, na qual a mãe é devotada e não mede esforços:

“Não me arrependo de nada, das dores, sofrimentos e aflições que me acompanharam desde o início. Quando olho para meus filhos e vejo que eles são tudo o que sempre imaginei, percebo que valeu a pena.”; “[...] estou vivendo a cada dia com muito amor e dedicação a nossa filha. A maternidade já mudou muito, hoje penso somente no bem estar dela.”; “A maternidade mudou tudo em minha vida. A partir do momento que eu engravidei eu não me senti mais sozinha. Eu [...] mudei minha ocupação. [...] Eu não descansava. [...] Eu saí de um casamento [...] porque era melhor para os meus filhos [...]” (informação verbal)¹²⁷

Toda representação social, outrora construída, emergiu da necessidade de transformar o que é estranho em familiar. Sendo assim, vinculadas à versão romântica e idealizada da maternidade, as representações sociais dos sujeitos de pesquisa coadunam no sentido de que a maternidade, apesar da conjuntura atual, é a meta de vida de grande parcela das mulheres. Essa meta, por sua vez, contribui para que tanto a condição de infértil quanto vivenciar a infertilidade se transformem em experiências devastadoras.

Enfim, todos os sentimentos acima explicitados, e outrora observados em estudos de Trindade e Borlot (2004), Trindade e Enumo (2001), Lanius (2008), Souza (1995) e Spotorno, Silva e Lopes (2008), materializam a importância do filho biológico. “Meu filho, minha vida”: esta é a representação social que melhor expressa as construções dos sujeitos de pesquisa acerca do filho biológico.

¹²⁶ Entrevista concedida à autora.

¹²⁷ Entrevista concedida à autora.

CONCLUSÃO

A proposta da pesquisa foi analisar as representações sociais do filho biológico construídas por mulheres que, ao vivenciar a infertilidade, optaram pelo uso das tecnologias reprodutivas no intuito de concretizarem a maternidade.

Para se compreender acerca da temática, algumas questões permearam o estudo e foram norteadoras do mesmo, tais como: “O que representa o filho biológico para mulheres que ao vivenciar situações de infertilidade optaram pelo uso das técnicas reprodutivas?” e “Quais são as explicações, significações, motivações que levaram as mulheres a fazerem essa opção?”.

A partir do referencial construído no primeiro e no segundo capítulos, foi possível identificar o quanto o projeto do filho biológico interferiu na vida das mulheres entrevistadas, as quais – ainda que tenham postergado o momento da gravidez – deixaram de lado todas as demais conquistas. Na busca pela concretização do filho biológico, ser mãe foi retratado como um desejo natural de todo ser humano, de todo casal, de toda mulher.

A análise dos depoimentos permitiu perceber também que a infertilidade remeteu aos sentimentos de dor, vergonha, frustração e impotência. O diagnóstico afetou significativamente a vida de todas as mulheres, já que para se sentirem completas e saudáveis atrelaram sua condição de saúde ao ideário da maternidade biológica. A infertilidade foi retratada como uma experiência traumática que, por vezes, eclodiu em conflitos. Condições objetivas e subjetivas influenciaram o processo de constatação da infertilidade e foram determinantes à opção pelo uso das tecnologias reprodutivas.

Nesta pesquisa, constatou-se que a infertilidade foi decorrente de causas femininas, masculinas e de ambos. De acordo com três depoimentos (aqueles nos quais o diagnóstico decorria de causas femininas ou de ambos), a infertilidade uniu o casal, mas em um deles (em que a causa era masculina), interferiu negativamente, promovendo um abalo significativo na estrutura da família e estimulando o fim do casamento.

Levando-se em conta a complexidade da experiência da infertilidade, o estudo permitiu concluir pela necessidade de ampliação dos serviços reprodutivos tanto públicos quanto privados. E mais, este estudo corroborou que é necessário priorizar pelas questões tangentes à ética de todos os profissionais envolvidos, pois

a falta de preparo foi recorrente. Nesse sentido, as políticas públicas devem se preocupar com os profissionais sem ética, com os locais inadequados, enfim, com todas as situações que envolvam a saúde reprodutiva, no intuito de que esta seja eficiente.

Ao buscar a compreensão sobre as representações sociais do filho biológico, percebeu-se que o projeto do filho surge atrelado à concepção idealizada da maternidade. Nos depoimentos, ser mãe foi considerado algo inexplicável e apareceu como produto de concepções histórica, ideológica e cultural (que restaram perpetuadas). Como instituição, a maternidade fincou raízes no passado e, segundo Rocha-Coutinho (1994), transformou-se na atividade mais invejável que uma mulher pode ter.

Devido à importância dada ao projeto parental, as mulheres entrevistadas optaram pelo uso das tecnologias reprodutivas e não mediram esforços para ter o filho biológico. Todas as suas conquistas (até então) tornaram-se desinteressantes.

Embora a adoção tenha surgido como alternativa à maternidade, a pesquisa demonstrou que somente se cogitou essa possibilidade após o esgotamento das tentativas de ter o filho biológico. Ora, ao se considerar que as representações sociais orientam as práticas, é possível justificar a incessante busca dos sujeitos de pesquisa pelos tratamentos, que materializaram-se como desgastantes, difíceis e extremamente onerosos.

De acordo com os depoimentos dos sujeitos de pesquisa, o filho biológico é sinônimo de semelhança, continuidade, descendência, felicidade e corresponde ao *tudo* em suas vidas. Embora todo o desenrolar dos acontecimentos tenha sido uma experiência dolorosa, as representações sociais do filho biológico podem explicar que não existe arrependimento no processo, “pois as mulheres fariam tudo de novo”.

Há que se registrar que outros questionamentos emergiram deste estudo, tais como: a) “Qual o reatamento da infertilidade masculina na vida do homem?”; b) “Existem estudos que abranjam a questão da infertilidade masculina e os reflexos dessa condição?”; c) “Quais os desafios a serem enfrentados pelos formuladores de políticas públicas no que diz respeito às questões reprodutivas?”.

Estas, entre outras, são questões que o tema aponta como possíveis potencialidades de pesquisa e que se entendeu premente registrar.

Por derradeiro e coadunando com o acima exposto, o delineamento deste estudo reafirma que a maternidade, enquanto projeto de vida, merece especial atenção tanto do poder público quanto da esfera privada (ainda que em sede de núcleo familiar), pois muito além do projeto e do desejo, o que deve ser valorado é a relação mãe-filho. Importa registrar que no tocante à reprodução assistida muito há o que se fazer, pensar e legislar.

Não obstante, ao se levar em consideração que saúde é o estado de bem-estar e contempla a autonomia e a liberdade, as quais, segundo Ventura (2003, p. 61): “[...] compreendem o direito da pessoa em ter controle sobre seu corpo e sua saúde, incluindo a liberdade sexual e reprodutiva.”, é possível afirmar, “salvo melhor juízo”, que, somente com a concretização da maternidade, mulheres que vivenciaram a infertilidade e desejam ter filhos biológicos encontrarão a plenitude e passarão a sentir-se saudáveis por completo.

Nessa perspectiva, concluiu-se que as representações sociais dos sujeitos de pesquisa coadunam no sentido de que a maternidade ainda é a meta de vida de grande parcela das mulheres, evidenciando a importância do filho biológico. “Meu filho, minha vida”: essa é a representação social que melhor expressa as construções das mulheres entrevistadas sobre o filho biológico.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. Les représentations sociales: aspects théoriques. In: _____ (Org.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

_____. Prefácio. In: SÁ, C. P. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1996.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas Ciências naturais e sociais: Pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira, 1999. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/weszyxz/o-mtodo-nas-cincias-naturais-e-sociais-pesquisa-quantitativa-e-qualitativa>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

ÁVILA, M. B. M.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1999.

BADINTER, E. *Um Amor Conquistado: o mito do amor materno*. (Tradução de Waltensir Dutra). 9. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARANOSKI, M. C.; LUIZ, D. C. Cidadania: sistematizando fundamentos teóricos e conceituais. In: *Âmbito Jurídico.com.br*. 2009. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=6006>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BARBOZA, Heloisa Helena. Reprodução assistida e o novo Código Civil, In: SÁ, M. de F. F. de; NAVES, B. T. de O. *Bioética e biodireito e o novo Código Civil de 2002*. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2004.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade a judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista Interesse Público*. Ano IX, n. 46, 2007. Disponível em: <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI52582,81042-a+falta+de+efetividade+a+judicializacao+excessiva+Direito+a+saude>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BOIVIN, J. et al. *International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care*. Human Reproduction. 2007. Disponível em: <<http://humrep.oxfordjournals.org/content/22/6/1506.full.pdf+html>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

BORLOT, A. M. M. *Sangue do meu sangue: as tecnologias de reprodução assistida e a importância do filho biológico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Espírito Santo, 2002.

BOURGUIGNON, J. A. (Org.). A pesquisa sobre representações sociais no contexto

do serviço social. *Emancipação*. v. 1, n. 1, p. 77-88, 2001. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/viewArticle/25>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. O processo da pesquisa e suas implicações teórico-metodológicas e sociais. *Emancipação*. Ano 6, n. 1, p. 41-52, 2006.

BOY, R.; SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção e tratamento de doenças genéticas raras no Brasil: o caso das doenças de depósito lisossomal. *Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: v. 25, p. 1276-1284, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/10.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2012.

BRASIL. *Análise preliminar do Projeto de Lei do Senado nº 90 de 1999*. Disponível em: <http://www.ghente.org/doc_juridicos/parecer90.htm>. Acesso em: 20 ago. 2011.

_____. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>>. Acesso em 10 jan. 2013.

_____. *Códigos Civil; Comercial; Processo Civil; Constituição Federal*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. *Lei nº 8.880/90, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. *Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>.htm. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. *Lei nº 9.263/96, de 12 de janeiro de 1996*. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. *Lei nº 11.105/05, de 24 de março de 2005*. Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de

Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11105.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>>. Acesso em: 19 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 426/GM, de 22 de março de 2005.* Brasília/DF: 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>. Acesso em: 16 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 388, de 06 de julho de 2005.* Brasília/DF: 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-388.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.187/2005, de 13 de julho de 2005.* Brasília/DF: 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/visualizar_texto.cfm?idtxt=23472>. Acesso em: 16 jun. 2012.

_____. *Projeto de Lei nº 4.889/2005.* Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=40FB6879C06161C17AA5E5FD3BBE21A4.node2?codteor=282844&filename=PL+4889/200>. Acesso em: 10 jan. 2012.

_____. *Projeto de Lei nº 1.184/2003.* Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=137589&filename=PL+1184/2003>. Acesso em: 10 jan. 2012.

_____. *Resolução nº 33/2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 17 de fevereiro de 2006.* Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Sangue+Tecidos+e+Orgaos/Assunto+de+Interesse/Publicacoes+e+Apresentacoes/Notas+Tecnicas/20110603>. Acesso em: 10 jan. 2012.

_____. *Resolução nº 1.358/1992 do Conselho Federal de Medicina, de 11 de novembro de 1992.* Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.htm>. Acesso em: 22 jul. 2012.

_____. *Resolução nº 1.957/2010 do Conselho Federal de Medicina, de 15 de dezembro de 2010.* Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957_2010.htm>. Acesso em: 22 jul. 2012.

_____. *Resolução nº 2013 do Conselho Federal de Medicina, de 16 de abril de 2013*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2013.

BRAUNER, M. C. C. *Direito, sexualidade e reprodução humana*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BREUS, T. L. *Políticas públicas no Estado constitucional: problemática da concretização dos Direitos Fundamentais pela Administração Pública brasileira contemporânea*. Belo Horizonte: Fórum, 2007.

BUCCI, M. P. D. *Direito Administrativo e Políticas Públicas*. São Paulo: Saraiva, 2006.

BUCOSKI, C. C.; SILVEIRA, R. A. Políticas Públicas de Reprodução Assistida e Seus Desdobramentos Jurídicos e Bioéticos. In: *Anuário da produção de iniciação científica discente*. v. XI. n. 12. 2008. Disponível em: <<http://www.sare.anhanguera.com/index.php/anuic/article/view/479/464>>. Acesso em 10 out. 2014.

BUSS, P. M. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

CARVALHO, A. P. R. Técnicas de reprodução humana assistida: o direito de nascer do embrião. In: *Revista do Instituto do Direito Brasileiro*. Ano 03. n. 04. 2014. Disponível em: <http://www.idb-fdul.com/uploaded/files/2014_04_02601_02620.pdf>. Acesso em: 22 set. 2014.

CARVALHO, C. A. P. et al. *Guia sobre saúde mental em reprodução humana*. 2006. Disponível em: <http://www.sbrh.org.br/guidelines/guideline_pdf/guideline_de_psicologia.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2014.

CAVALCANTE, F. G. *Pessoas Muito Especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CHAUÍ, M. de S. *O que é ideologia?* São Paulo: Brasiliense, 2001.

CLOTET, J. Bioética como ética aplicada e genética. In: *Revista Bioética*. Conselho Federal de Medicina. v. 5, n. 2, 1997.

_____. *Bioética, uma aproximação*. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2003.

_____. *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Cairo – 1994*. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2012.

_____. *IV Conferência Mundial sobre a Mulher*. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/Articulacao/articulacao-internacional/relatorio-pequim.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2012.

CORRÊA, D. *A construção da cidadania: reflexões histórico-políticas*. 3. ed. Ijuí: UNIJUÍ, 2002.

CORRÊA, M. V. *Novas Tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2001.

COSTA, R. G. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. *Estudos Feministas*, v. 10, n. 2, 2002. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9601/8836>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

CRUZ, I. F. da. *Efeitos da reprodução humana assistida*. São Paulo: SRS Editora, 2008.

DAAR, A. S.; MERALI, Z. Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries. In: *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva World Health Organization 2002. Disponível em: <<http://libdoc.who.int/hq/2002/9241590300.pdf#page=31>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

DEL PRIORE, M. Magia e medicina na Colônia: o corpo feminino. In: *Histórias das mulheres no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1997.

DINIZ, D. *Tecnologias reprodutivas conceptivas: o estado da arte do debate legislativo brasileiro*. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*. Rio de Janeiro. v. 7. n. 3, 2003.

DINIZ, M. H. *Curso de Direito Civil Brasileiro. Direito de Família*. v. 5. 22. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2007.

_____. *O estado atual do biodireito*. 2. ed. aum. e atual. De acordo com o novo Código Civil (Lei n. 10.406, de 10-01-2002). São Paulo: Saraiva, 2002.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 4. São Paulo, 2009.

FARINATI, D. M. As causas multideterminadas da infertilidade. In: MELAMED, R. M; SEGER, L; BORGES JUNIOR, E. (Orgs.). *Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Santos, 2009.

FERNANDES, S. C. *As técnicas de reprodução humana assistida e a necessidade de sua regulação jurídica*. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

FORNA, A. *Mãe de todos os mitos. Como a sociedade modela e reprime as mães*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FORTES, P. A. C. Reflexões sobre a procriação artificial e os direitos das crianças. In: *Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*. v. III, 2, 1993.

FORTES, P. A de C.; ZOBOLI, E. L. C. P. *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/37702>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

GAMA, G. C. N. da. *A nova filiação: o biodireito e as relações parentais: o estabelecimento da parentalidade-filiação e os efeitos jurídicos da reprodução assistida heteróloga*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

GARCIA, S. et al. Considerações sobre reprodução assistida no contexto brasileiro. In: *Anais do XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP*. Lindóia, 2012. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/MR8%5B590%5D.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOHN, M. da G. *Movimentos sociais no início do século XXI: Antigos e novos atores sociais*. Rio de Janeiro: 2003.

_____. Mulheres – atrizes dos movimentos sociais: relações político-culturais e debate teórico no processo democrático. In: *Política e Sociedade*. v. 6, n.11, 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/1255/1200>>. Acesso em: 20 jan.2013.

GRAMSCI, A. *Concepção Dialética da História*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____. (Org.). *As representações sociais*. (Tradução de Lilian Ulup). Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

_____. The representation of the body and its transformations. In: FARR, R. M.; MOSCOVICI, S. (Org.). *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. Disponível em: <http://www.euophd.eu/html/_onda02/07/PDF/7th%20Lab%20Meeting%20Scientific%20Material/9.%20Jodelet%20%281984%29%20The%20Representation%20of%20the%20body%20_%20Social%20Representations.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

LANIUS, M. *Reprodução assistida: os impasses do desejo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15014/000676374.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

LARSEN, U. Research on infertility: which definition should we use? In: *Fertility and Sterility*, 2005. Disponível em: <<http://www.deepdyve.com/lp/elsevier/research-on-infertility-which-definition-should-we-use-0thut3c1M3>>. Acesso em: 04 fev. 2014.

LEITE, T. H.; HENRIQUE, R. A. H. Bioética em reprodução humana assistida: influência dos fatores sócio-econômico-culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00031.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2014.

LUZ, M. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

MALUF, A. C. do R. F. D. *Curso de Bioética e Biodireito*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MAKUCH, M. Y. *Vivências de mulheres e homens do programa de fertilização in vitro da UNICAMP*. Tese de Doutorado. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 2001.

MAKUCH, M. Y. et al. Inequitable access to assisted reproductive technology for the low - income Brazilian population: a qualitative study. In: *Human Reproduction*, v. 26, n. 8, 2011.

MARCONI, M. de A., LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARSHAL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. (Tradução de Meton. Porto Gadelha). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MATTAR, L. D. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. In: *Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos*. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/v5n8a04.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2012.

MINAYO, M. C. de S. O conceito de representações sociais dentro da Sociologia Clássica. In: *Textos em representações sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MOREIRA, S. da N. T. *Abordagem dos aspectos psicológicos da mulher Infértil: um estudo quali-quantitativo*. Dissertação de Mestrado. Natal, 2004. Disponível em: <<ftp://ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/SimoneNTM.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

MORI, V. D.; GONZÁLEZ REY, F. *A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária*. In: *Psicologia: teoria e prática*. Brasília, 2012. Disponível em:

<<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2863/3859>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. (Tradução de Álvaro Cabral). Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003.

NÓBREGA, N. P. Maternidade na adolescência: Alienação e reprodução social. *Documenta*, n. 6. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.

OLIVEIRA, A.; GRANJA, B.; SOUSA, M. *A percepção da mulher face às implicações da infertilidade na sua vida*. In: Revista Saúde Reprodutiva. n. 03, 2013.

OLIVEIRA, D. C.; SIQUEIRA, A. A F.; ALVARENGA, A. T. Práticas sociais em saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. A. P; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB Editora, 1998.

OLIVEIRA, F. *Bioética: uma face da cidadania*. São Paulo: Moderna, 1997.

OMBELET, W. et al. *Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries*. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569858/>>. Acesso em: 04 fev. 2014.

OSIS, M. J. M. D. *PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil*. Centro de Pesquisa das Doenças Materno-Infantis de Campinas. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, v. 14 (Supl. 1), p. 25-32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v14s1/1337>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

PAULILO, M. A. S. *AIDS: os sentidos do risco*. São Paulo: Veras, 1999.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. *Problemas Atuais De Bioética*. 9. ed. rev. e ampl. São Paulo – Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2010.

PONTES, C. A. A.; SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1319-1327, set-out, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/26.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

QUIMELLI, G. A. de S. Considerações sobre o Estudo de Caso na pesquisa Qualitativa. In: BOURGUIGNON, Jussara Ayres (Org.). *Pesquisa Social: reflexões teóricas e metodológicas*. Ponta Grossa: Todapalavra, 2009.

ROCHA-COUTINHO, M. L. R. *Tecendo por trás dos panos: a mulher brasileira nas relações familiares*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

SÁ, C. P. de. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

_____. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SAMRSLA, M et al. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público de DF. Estudo Bioético. *Revista Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 1, 2007. Disponível em: <http://scielo.br/scileo.php?pid=S0104-42302007000119&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 mai. 2013.

SANTOS, S. L.; SANTOS, S. R. Reprodução assistida: aspectos éticos e legais. Produção científica em periódicos online. In: *Acta Bioethica*. v. 19, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2013000100010>. Acesso em: 02 out. 2014.

SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 6. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

_____; FIGUEIREDO, M. F. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e a promoção da saúde aos 20 anos da CF de 1988. In: *Revista de Direito do Consumidor*, Ano 17, n. 67, julho/setembro 2008. Ed. Revista dos Tribunais, São Paulo, 2008.

SCAVONE, L. Novas Tecnologias Conceptivas: Teorias e Políticas Feministas. In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P. (Orgs.). *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*. Recife: Edições SOS Corpo, 2006. Disponível em: <http://br.boell.org/downloads/novas_tecnologias_reprodutivas_-_publicacao.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2013.

SCHAFFER, J. A.; DIAMOND, R. Infertilidade: dor pessoal e estigma secreto. In: IMBER-BLACK, E. (Org.). *Os segredos na família e na terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

SILVA, R. B. T. da. *Novo Código Civil comentado*. São Paulo: Saraiva, 2002.

SOUZA, M. C. M. *Novas tecnologias reprodutivas: direitos reprodutivos e bioética: a inseminação artificial na constituição de famílias alternativas*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.

SPEROFF, L.; GLASS, R. H.; KASE, N. G. Infertilidade de causa feminina. In: SPEROFF, L.; GLASS, R. H.; KASE, N. G. *Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade*. 5. ed. São Paulo: Manole, 1995.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In: *Textos em representações sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

SPOTORNO, P. M.; SILVA, I. M.; LOPES, R. S. Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. In: *Revista online Aletheia*. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115012542009>>. Acesso em: 25 fev. 2014.

STRAUBE, K. M. Repercussões psicossociais da reprodução assistida sobre a vida de casais. In: MELAMED, R. M; SEGER, L; BORGES JUNIOR, E. (Orgs.). *Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Santos, 2009.

TRINDADE, Z. A. *As representações sociais da paternidade e da maternidade: implicações no processo de aconselhamento genético*. Dissertação de Doutorado em Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1991.

_____. Em busca da Maternidade: dilema reprodutivo de mulheres inférteis. In: MOREIRA, A. A. P; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB Editora, 1998.

_____; BORLOT, A. M. M. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. In: *Estudos de Psicologia*, Vitória, v. 9, p. 63-70, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22382>>. Acesso em: 02 jul. 2012.

_____; ENUMO, S. R. F. Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. In: *Psicologia, Saúde & Doença*. v. 2, n. 2, p. 5-26, 2001. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36220201>>. Acesso em: 02 jul. 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em educação*. 1. ed. 15. reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

TUBERT, S. *Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. (Tradução de Graciela Rodrigues). Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1991.

VAN BALEN, F.; GERRITS, T. Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. In: *Human Reproduction*, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11157809>>. Acesso em: 04 fev. 2014.

VENTURA, M. (Org.). *Direitos reprodutivos no Brasil*. São Paulo: MVentura, 2004. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2012.

_____. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito*. Rio de Janeiro: Advocaci, 2003.

WOLKMER, A. C. *Ideologia, Estado e Direito*. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000.

**APÊNDICE A – CARTA SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS
PELO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

CARTA SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ponta Grossa, ____ de _____ de _____.

ILMO DR. _____

M.D _____

Eu, Márcia Helena Baldani Pinto, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa “Representações sociais do filho biológico construídas por mulheres inférteis que optaram pela reprodução humana assistida”, do Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR, e que tem como mestrandia/pesquisadora participante Christie Danielle Sikorski, venho, pela presente, solicitar autorização para a captação de mulheres inférteis que optaram pelas tecnologias da reprodução assistida com o intuito de concretizarem o sonho do filho biológico, a fim de realizar em entrevista com as mesmas.

O objetivo da presente pesquisa é compreender as explicações, significações e motivações que envolvem a relação mãe-filho; assim, a participação dessas mulheres inférteis é de extrema importância. Informa-se que os sujeitos de pesquisa terão total liberdade em se recusarem a participar. E mais, poderão, a qualquer momento, interromper a participação sem precisar se justificar. Quando da publicação dos resultados, a identificação das participantes da pesquisa e dos serviços não será revelada, em hipótese alguma.

Contanto, com a autorização deste serviço, as pesquisadoras colocam-se à disposição para esclarecer qualquer dúvida, diretamente ou pelo telefone 9978-6540 (pesquisadora responsável), ou no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas (Campus de Uvaranas, Bloco M, telefone 3220-3153). Este documento é apresentado em duas vias.

Atenciosamente,

Márcia Helena Baldani Pinto
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Representações sociais do filho biológico construídas por mulheres inférteis que optaram pela reprodução humana assistida” que tem como objetivo principal compreender as explicações, significações e motivações que envolvem a relação mãe-filho. Sua participação é de extrema importância, pois espera-se contribuir para um melhor entendimento acerca dos significados/motivos que levam mulheres inférteis a buscar a reprodução assistida no intuito de ter um filho biológico.

Para a obtenção dessas informações, você será submetido a uma entrevista informal, com temas como o projeto de ter filhos, o diagnóstico da infertilidade, relações familiares e sociais após o diagnóstico, opção pela reprodução assistida, motivações, significações do filho biológico. Esta entrevista será gravada e mantida em sigilo e será utilizada para fins exclusivos de pesquisa.

Você terá total liberdade para utilizar o tempo que achar necessário para as suas respostas e ainda, se recusar a participar de todos os assuntos que serão abordados. Em caso de dúvida ou dificuldade para a interpretação das questões, a pesquisadora poderá auxiliá-los(as) imediatamente. Enfatiza-se que a sua participação **não** é obrigatória, que você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e que poderá se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento, sem precisar se justificar. Quando da publicação dos resultados, a identificação das participantes da pesquisa não será revelada, em hipótese alguma.

As pesquisadoras estão à disposição para esclarecer qualquer dúvida, diretamente ou pelo telefone 9978-6540 (pesquisadora responsável), ou no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas (Campus de Uvaranas, Bloco M, telefone 3220-3153). Este documento é apresentado em duas vias.

Márcia Helena Baldani Pinto

Pesquisadora Responsável

Documento de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro, por meio deste, que eu, abaixo assinado, tomei conhecimento desta pesquisa e concordei em participar como voluntário(a). Autorizo a utilização das informações obtidas através de publicações e/ou apresentações em eventos científicos.

Nome do voluntário _____

RG _____ Idade _____

Endereço _____

Assinatura do voluntário _____ Data _____

Atenção: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da UEPG. Endereço: Av. Carlos Cavalcanti, 4748, Bloco M, Sala 12, CEP:84030-900. Ponta Grossa/PR. Fone: (42)3220-3108. e.mail: seccoep@uepg.br

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Para a entrevista serão selecionadas mulheres que tenham frequentado clínica de reprodução assistida e se submetido ao uso das tecnologias da reprodução humana assistida, no intuito de concretizarem o sonho do filho biológico. As categorias de análise serão definidas, *a priori*, a partir de temas determinados pela pesquisa bibliográfica e documental.

O roteiro de entrevista abrangerá:

- 1) A coleta de dados (através do qual pretende-se obter informações como idade, escolaridade, profissão, estado civil, religião, salário, entre outros);
- 2) Questões relacionadas: a) as motivações à concretização da maternidade; b) a constatação e as causas da infertilidade (sentimentos, mudanças no relacionamento das mulheres com seus esposos/companheiros, com suas famílias, bem como em seu convívio social, entre outros); c) tratamentos realizados e as explicações/motivações pela escolha das tecnologias da reprodução humana assistida; d) as significações da maternidade e do filho biológico.

APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Escolaridade: _____

Naturalidade: _____

Religião: _____ Praticante? () sim () não () às vezes

Estado civil: () solteira () casada () viúva () separada () divorciada () convivente

Profissão: _____ Trabalha fora? () sim () não

Quantas horas por dia? _____

O que faz? _____

Salário: _____ Outras rendas? _____

Nome do esposo ou convivente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Escolaridade: _____

Naturalidade: _____

Religião: _____ Praticante? () sim () não () às vezes

Profissão: _____ Trabalha fora? () sim () não

Quantas horas por dia? _____

O que faz? _____

Salário: _____ Outras rendas? _____

Endereço para contato: _____

Telefone para contato: _____

E-mail para contato: _____

APÊNDICE E – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Gostaria que você falasse sobre o projeto de ter um filho e as motivações que levaram-na a desejar e/ou concretizar este projeto.

(Caso não tenha mencionado): Você poderia me falar um pouco mais sobre:

- Há quanto tempo pensa/pensou em ter filhos?
- Você postergou este projeto?
- Em caso afirmativo, quais os fatores que levaram-na a postergá-lo?
- A decisão de ter filhos foi sua, de seu esposo/companheiro ou de ambos?
- Houve alguma tentativa de gravidez?
- Em caso afirmativo, quando e como foram as experiências?

2. Você poderia contar-me sobre a constatação e as causas de sua infertilidade?

(Caso não tenha mencionado): Você poderia me falar um pouco mais sobre:

- Como foi o momento da constatação da infertilidade?
- Como você se sentiu ao receber este diagnóstico?
- Quais os teus sentimentos com relação à infertilidade?
- Quais são as explicações para o problema da infertilidade?
- Você procurou algum médico no intuito de encontrar uma solução?

3. Você poderia falar sobre os sentimentos, reação e mudanças no seu relacionamento com seu esposo/companheiro, bem como com suas famílias após o diagnóstico de infertilidade?

(Caso não tenha mencionado): Você poderia me falar um pouco mais sobre:

- Como seu esposo/companheiro reagiu após o diagnóstico?
- O relacionamento entre vocês mudou? O que mudou?
- Como sua família recebeu a notícia de sua infertilidade?
- Algo alterou no relacionamento com sua família? O que alterou?
- E com relação à família de seu esposo/companheiro?
- Você tem recebido apoio de seu esposo/companheiro e das suas famílias?
- Que tipo de apoio?

4. Gostaria que você contasse se recebeu apoio de outras pessoas e se o diagnóstico de infertilidade interferiu em seu convívio social.

(Caso não tenha mencionado): Você poderia me falar um pouco mais sobre:

- Quem foram as pessoas que mais te apoiaram neste momento?
- De que forma este fato interferiu em sua vida?
- Em quais aspectos interferiu?

5. Quais foram os tratamentos realizados e quais as explicações/motivações que levaram-na a escolher a reprodução humana assistida?

(Caso não tenha mencionado): Você poderia me falar um pouco mais sobre:

- Como surgiu a ideia pelo uso da reprodução assistida? De quem foi?
- Seu esposo/companheiro participou desta decisão?
- Em caso negativo, como ele recebeu a notícia da opção?
- E suas famílias? Você recebeu apoio deles? Recebeu apoio de mais alguém?
- O que mudou em sua vida após a tomada de decisão da reprodução assistida?
- Quais seus sentimentos desde que tomou a decisão?
- Quais os motivos que levaram-na a escolher a reprodução assistida?

6. Você poderia contar-me, desde o momento em que você optou pelo uso da reprodução assistida, como desenvolveu-se ou como está ocorrendo este processo?

(Caso não tenha mencionado): Você poderia me falar um pouco mais sobre:

- Você recebeu todas as informações necessárias sobre o procedimento?
- Qual foi o método escolhido?
- Por que a escolha deste método?
- Quais suas expectativas?
- Você teve que se submeter a muitos exames?
- Como foi a sua trajetória no aspecto físico e emocional, durante o processo?
- Houveram complicações? Quais?
- Em algum momento, você pensou em desistir?

- Em caso afirmativo, por quê? Você pensou em outra alternativa? Qual?
- Quem esteve com você nestes momentos?
- Quais os seus sentimentos com relação ao processo?

7. Poderia falar-me sobre as significações da maternidade e do filho biológico.

(Caso não tenha mencionado): Você poderia me falar um pouco mais sobre:

- Qual o significado de ser mãe para você?
- Como você se imaginava ou se imagina como mãe?
- O que a maternidade mudou ou mudará em sua vida?
- Qual o significado de filho biológico para você?
- Quais os sentimentos com relação ao filho biológico?
- O que o filho biológico mudou ou mudará em sua vida?
- E a adoção? Já havia pensado nesta possibilidade?

8. Gostaria de fazer algum comentário sobre tudo o que conversamos?