

Marlene Tamanini
Universidade Federal do Paraná
tamaniniufpr@gmail.com

Mesa N.7: Biopolítica, bioeconomía y modos de subjetivación. Enfoques teóricos y análisis empíricos en América Latina.

O cultivo de corpos férteis: Biopolíticas e desontologização dos arranjos reprodutivos laboratoriais

Resumen de la Ponencia: Analisam-se os processos de conhecimento, sua disseminação nas conexões entre especialidades, mercado, tecnologias, biotecnologias e circulação de materiais reprodutivos nas clínicas de reprodução humana da América Latina. A intervenção no cultivo dos “corpos férteis” se produz envolvendo subjetividades, desejos, interdisciplinaridades e a redefinição dos limites epistemológicos sobre natureza e cultura, maternidade, paternidade, tecnologias, gametas e embriões humanos. Estes processos estão relacionados aos seus contextos clínicos, ao mesmo tempo em que são conhecimentos planetários e protocolos de intervenção estandardizados. Formam redes de saberes disponíveis para atuar a partir de concepções sobre a natureza, a família, a maternidade e os filhos. Funcionam como uma bioeconomia e se ancoram em protocolos de pesquisa, com conhecimentos interdisciplinares.

Introdução

A ciência e a tecnologia ocupam um lugar fundamental na ordem reprodutiva e com consequências para uma biopolítica dos “corpos férteis” de alta relevância. A deliberada construção de uma arquitetura de normalidade para corpos que devem se reproduzir envolve a desconstrução da “natureza” dos gametas, dos embriões e dos processos de intervenção nos órgãos, nas células, nos ciclos da vida dentro e fora do útero, bem como nos problemas genéticos e nas decisões que são da ordem subjetiva das pessoas envolvidas. A ciência e a tecnologia assistem e refazem os caminhos das conexões que eram “naturais” e que ocorriam entre gametas e células e sistemas no corpo. Hoje, elas envolvem os processos de confecção de embriões, bebês e filhos fora dos corpos; portanto, neste fazer, delibera-se sobre os materiais reprodutivos e as mulheres, confeccionam-se embriões, transferem-nos para um útero, determina-se o destino de embriões e utiliza-se a medicação nos corpos femininos para estimular, nidá-los/aninhá-los/nidificá-los e para que se desenvolvam. A busca por novos seres e novas hibridizações, bem como por novas cadeias de DNA é parte desta biopolítica,

desta bioeconomia dos corpos, dos gametas, dos protocolos, dos embriões e das células. Este é um ponto-chave na mudança do significado clínico e cultural acerca da reprodução, cuja importância está dada na legitimação e na naturalização da assistência científica e tecnológica ao processo reprodutivo.

A tecnologia reprodutiva, embora não esteja acessível para todas/os, é incorporada ao linguajar da população, difundida pelos meios de comunicação, principalmente na televisão e na internet. Também são produzidas concepções valorativas positivas sobre ela e sobre as formas de se fazer embriões, melhorar e hibridizar gametas, dar performance ao útero, de engravidar e de combinar elementos clínicos, sociais e culturais para fundamentar processos de configuração familiar e de filiação. Assim, os cientistas articulam seus laboratórios e criam alianças socioantropológicas, ajudados pelos desejos de ter filhos, sobretudo de mulheres que os buscam quando já não os teriam, porque têm limites ovulatórios, ou outros problemas.

Neste contexto, na mesma medida em que se fazem materiais reprodutivos, que se articulam gametas e úteros para viabilizar gestações, se produz a junção de forças sociais e tecnológicas, que configuram uma nova matriz operacional rumo à nova era econômica, e que também conecta a sexualidade, os materiais reprodutivos e os processos pessoais. Desse modo, corpo e técnica estão imbricados e desafiam o olhar da pesquisadora a entender a articulação entre essas demandas, não para contestá-las, mas para elucidá-las nas complexas interfaces de suas relações, sobretudo quando, nos últimos anos, essa tecnologização se expande e se reproduz por meio de novas tecnologias, novas práticas e novos arranjos que são desejados.

Países, profissionais e uma grande gama de especialidades estão envolvidos na desontologização de ideias sobre pai, mãe, mais filho; e muitas e novas representações encontram-se disponíveis para ilustrar tecnologias, informar sobre processos, corpos e células, propor soluções clínicas/médicas aos quadros de infertilidade, gerar esperança, vender materiais e emocionar, além de servir para comparar possibilidades entre clínicas, países, profissionais, técnicas, materiais de cultivo em laboratório; para produzir saberes, traduzir conhecimentos, envolver os compradores, instituir significados, organizar sentimentos; e assim escrutinar e persuadir; em suma, para dar impulso às narrativas de mundo sobre maternidades, paternidades, famílias, filhos por meio da tecnologia e das biotecnologias.

Este texto apresenta uma parte desta arquitetura que envolve clínicas, equipes de especialistas, publicações, interesses por materiais, medicamentos, pesquisas, tecnologias, subjetividades e discursos sobre o maternar no cultivo dos corpos férteis. Ele foi construído

como parte da análise dos conteúdos de 485 resumos de artigos encontrados nos *sites* das clínicas Latino-Americanas filiadas à Rede Latino Americana de Reprodução Assistida (REDLARA) e que foram publicados entre os anos de 2005 a 2012. Os dados do Brasil e demais países foram coletados separadamente.

Foram levados em consideração os 298 resumos encontrados em quatro clínicas, das 106 clínicas e centros dos países latino-americanos filiados a REDLARA, exceto Brasil. Os resumos são de uma clínica da Argentina, duas do Chile e uma do Panamá; nas demais não havia artigos, ainda que tenham *sites*, e assim se configuram: 27 clínicas localizadas na Argentina, 1 clínica na Bolívia, 8 clínicas no Chile, 11 clínicas na Colômbia, 1 clínica na Costa Rica, 5 clínicas no Equador, 1 clínica na Guatemala, 33 clínicas no México, 1 clínica na Nicarágua, 2 clínicas no Panamá, 6 clínicas no Peru, 1 clínica na República Dominicana, 2 clínicas no Uruguai e 7 clínicas na Venezuela. Para Brasil foram encontrados 187 resumos em 58 clínicas, das 61 cadastradas na REDLARA, que constituem só uma parte das 136 clínicas cadastradas na Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida.

Neste texto utilizam-se também alguns conteúdos dos 61 vídeos que foram assistidos e analisados para a produção do relatório de iniciação científica de Mariana Gonçalves Felipe, edital 2014/2015, e que são parte dos 123 identificados em 19 clínicas brasileiras das 60 filiadas à REDLARA. Os vídeos pertencem a diversos programas nacionais ou a emissoras locais. Estão hospedados em ferramentas como o Youtube, Vimeo, ou em canais criados pelas próprias clínicas, locais onde elas centralizam suas entrevistas, comunicam suas pesquisas, suas opiniões e fazem esclarecimentos, com fins de facilitar o acesso à informação para os casais, ou para homens e mulheres interessados em reprodução humana assistida, e/ou outros tipos de público, com dúvidas a respeito dos tratamentos, dos processos, dos preços e das opções possíveis frente a quadros de infertilidade, ou frente à necessidade de gametas e embriões. Outras fontes são dados de pesquisas anteriores, como do *PosDoc* em 2010, relatórios de pesquisas com iniciação científica, conteúdos de entrevistas, comunicações informais que permitem produzir sentidos sobre o campo da reprodução assistida em laboratório, como local das intervenções que são produzidas pelo desenvolvimento científico tecnológico dentro de áreas transdisciplinares e/ou disciplinares.

Novas racionalidades biomédicas, pessoais e sociais sobre os processos interventivos na reprodução humana

As novas racionalidades, nas diversas formas de reprodução humana, hoje variam conforme o contexto, as legislações, a cultura, a relação afetiva, os atores, a complexidade do serviço oferecido, a capacidade de trabalho interdisciplinar e a necessidade de compartilhamento de saberes que são globais, bem como a capacidade de expansão das estruturas dos locais das clínicas, dos bancos de gametas e embriões, o mercado, o custo benefício, o perfil e a quantidade de demandantes, a cultura interna, as áreas de conhecimento, a oferta dos serviços e dos tratamentos, a capacidade de diagnósticos e/ou de captação e manipulação de materiais reprodutivos, a visibilidade da clínica ou centro, sua autoridade em termos de reconhecimento, de segurança, de vigilância sanitária, dos sigilos e controles, do nome ou do pioneirismo que os profissionais da clínica ou do país carregam.

Estes são alguns dos fatores. Além deles, porém, ressalta-se que a partir dos 485 resumos analisados, observa-se significativa diferença na participação dos países, no que tange ao número de clínicas, à divulgação dos saberes e na composição dos temas das pesquisas. Considerados os 298 resumos da América Latina, recolhidos em 2014, pelo então bolsista de iniciação Rodrigo Augusto Lopes Guimarães Pinafi foram identificados 1846 nomes de especialistas pertencentes a 33 países, sendo 54% dentre eles da Espanha, 14% do Chile e 5% dos Estados Unidos. Reino Unido aparece em seguida, correspondendo a 2% do total. Austrália, Bélgica, Dinamarca, Holanda, Itália e Suécia aparecem com 1%. Brasil, Suíça, Grécia, Nova Zelândia, Índia, França, Portugal, Coreia do Sul, Japão, Áustria, Israel, Taiwan, Escócia, Turquia, México, Colômbia, Líbano, República Tcheca, Canadá, Egito e Finlândia possuem, cada um, uma porcentagem que varia de 0 a 0,99% do total de especialistas. Nada foi encontrado em termos de localização sobre 13% do número total. Espanha aparece com todo este destaque porque um dos seus centros, o IVI, onde estive entrevistando especialistas em 2010, durante o *PosDoc*, internacionaliza estruturas de laboratório, formação, protocolos, assessoria administrativa e pesquisa para muitas clínicas do mundo. O Brasil é exceção, por ter uma dinâmica diferente, quando se trata da relação com outros países da América Latina. As clínicas brasileiras, filiadas à REDLARA, em sua totalidade, são autônomas em estrutura, nas equipes, em suas pesquisas e os especialistas brasileiros ocupam uma posição de destaque no compartilhamento e na internacionalização de tecnologias, pesquisas e formação e visibilidade nos congressos. No que tange à formação dos especialistas brasileiros, pode-se

demarcar relações com várias clínicas internacionais, como é de sua história. Sabe-se por pesquisa de campo realizada nos anos de 2001, 2002, 2004, que os primeiros especialistas em reprodução assistida fizeram sua formação no exterior e eram médicos ginecologistas; nos tempos mais recentes, com a relevância dos estudos sobre embriões, vieram os embriologistas, que tiveram sua origem nos profissionais oriundos da biologia, da biomedicina, da farmácia ou da veterinária, e aprenderam com a experiência dos clínicos já existentes, ou foram autodidatas. Hoje, há incentivos das diferentes associações -- Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), da Rede Latino-Americana, que congrega os centros da América Latina, da American Society of Reproductive Medicine (ASRM), que congrega os centros dos Estados Unidos, Havaí e Canadá, da European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), que reúne os centros da Europa e norte da África, de outras sociedades asiáticas -- para estabelecer diálogos e, em muitos casos, para oferecer formação e capacitação, por meio de cursos, sistemas de acreditação, informações e controles. Além destes, as próprias clínicas, por vezes, formam seus profissionais, utilizando inclusive materiais que em outra condição colocariam a questão do descarte, como por exemplo, embriões com problemas genéticos, ou gametas. Outro aspecto da formação acontece nas trocas realizadas em congressos, nas publicações, nas conferências nacionais e internacionais.

No que tange ao Brasil, faz-se ainda necessário ressaltar que existe importante desequilíbrio geográfico regional, quando se trata do local em que se encontram os profissionais que publicaram os 198 resumos analisados. O sudeste é a região que concentra maior número de profissionais; eles estão em 35%, dos resumos, seguidos dos profissionais do Sul, com 28%, e do Centro Oeste, com 21%. O Nordeste do Brasil representa 6% e 10% das publicações ainda restantes foram realizadas com profissionais internacionais de diversas regiões. A relevância da dinâmica regional de publicações pode ser explicada também, considerando-se a concentração do número de clínicas cadastradas na Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), por região, e que estão distribuídas, 20 no Nordeste, 6 na região Norte, 8 no Centro-oeste, 75 no Sudeste e 29 no Sul, totalizando 136. A maior parte das publicações, 72%, se encontra impressa em periódicos especializados, 19% em congressos e simpósios, 7% em livros e 2% em boletins e outros meios. As áreas de ginecologia e obstetrícia, biologia, ciências biológicas, bioestatística e bioanálise, embriologia e endocrinologia somam, aproximadamente, 80% do número total de especialistas que

publicaram, em conjunto com as clínicas cadastradas na REDLARA, nos anos de 2005 a 2012.

A gendrificação por sexo, que é ponto fundamental para uma sociologia da ciência pela perspectiva de gênero, da qual eu falo, é construída para este texto a partir das publicações, da composição das equipes e na forma como se compõem as especialidades.

Quanto aos profissionais que publicam, dentre os 1846 nomes identificados nos 298 resumos das clínicas da América Latina, 1107 são do sexo masculino, o que corresponde a 59,97% do total, e 739 do sexo feminino, representando 40,03% do total de profissionais. Com relação a Brasil, nos 187 resumos encontrados em 58 clínicas, das 61 cadastradas na REDLARA, aparecem 1.164 profissionais (39% são mulheres e 61% são homens). Esta descrição dá conta de mostrar a desigualdade de participação entre homens e mulheres nas publicações identificadas. Ela é parte da importante clivagem entre quem faz o trabalho cotidiano e quem faz pesquisa, também encontrada nas universidades e nos centros especializados, ou entre quem é o dono da área, ou o médico chefe e quem são as outras áreas, com mulheres em maior número, embora com menor voz, questão discutida por várias autoras no campo da divisão sexual do trabalho. Embora, neste aspecto, muitos dos 16 profissionais entrevistados em 2010 e dos que apareceram nas entrevistas dos vídeos coletados em 2015, tenham ressaltado a importância do trabalho em equipe, sobretudo, da interdisciplinaridade e da codependência dos saberes, isto não significa, necessariamente, igualdade de participação nas publicações, que é o que de fato conta para a visibilidade e o reconhecimento público. A consciência de que, neste campo, a ginecologia não reina mais sozinha, não garante necessariamente equidade de gênero.

Quanto à formação das equipes de trabalho, considerando-se o número de pessoas identificadas, 1276 profissionais são do sexo masculino, o que corresponde a 65,17% do número total de 1958 profissionais cadastrados nas clínicas Latino-Americanas filiadas. Já em relação ao sexo feminino foram identificadas 682 profissionais, o que corresponde a 34,83% do número total. No ano de 2009, havíamos encontrado um total de 646 profissionais do sexo masculino, um percentual de 60,26% do total de 1072 profissionais, e um número de 395 profissionais do sexo feminino, o que correspondia a 36,84%, do número total; sobre 31 profissionais não foi possível saber o sexo, dado que corresponde a 2,90% do total encontrado por Ana Hortmann, Amorin, bolsista de iniciação. Comparando os resultados obtidos nas duas pesquisas realizadas, para América Latina, exceto Brasil, percebemos que houve um aumento na quantidade de profissionais trabalhando nas clínicas de reprodução assistida na América

Latina, de 1072 profissionais em 2009 para 1958 no ano de 2014; observa-se também um aumento na porcentagem de profissionais do sexo masculino. Em 2009 correspondiam a 60,26% e em 2014 o número aumentou para 65,17%. O oposto aconteceu com a porcentagem para profissionais do sexo feminino que caiu de 36,84% para 34,83%.

Já para Brasil, na relação com a composição das equipes das clínicas filiadas à REDLARA, identificou-se 634 profissionais, sendo 342 mulheres (54%) e 292 homens (46%). Este achado do maior número de mulheres nas clínicas também se constatou na região da Catalunha em 2010. Em Barcelona mapearam-se 751 profissionais em 28 clínicas, sendo 63% mulheres e 37% homens; e a presença maior de mulheres era visível em todas as clínicas da Espanha, país que também se notabilizou por nele se atribuir a uma mulher bióloga o nascimento do primeiro bebê por tecnologia concepitiva.

Quanto à gendricificação interna às áreas das especialidades, o sexo feminino prevalece sobre o sexo masculino, em campos como comunicação social, informática, bacteriologia, dermatologia, administração, secretaria, coordenação, genética, biotecnologia, citogenética, citologia; e em outros tratamentos, tais como nutrição, acupuntura, massagem, saúde ocupacional, massoterapia, fisioterapia, enfermagem, auxiliar de enfermagem, embriologia clínica, bioquímica, química, farmacêutica; na área de profissionais de apoio a casal, como psicólogos, psiquiatras, filósofas; em biologia, tais como biologia da reprodução, biologia molecular, ciências biológicas, bioanálise clínica, bioestatística, reprodução em laboratório. Já os profissionais do sexo masculino prevalecem em especialidades como infectologia e histopatologia, reumatologia, radiologia e radioterapia, andrologia, oncologia e mastologia, anatomia e patologia, endocrinologia, ginecologia, cardiologia, cirurgia cardiovascular, reabilitação cardíaca, flebologia e fleboestética, hematologia, diagnóstico de imagens, neurologia e neurocirurgia, neuropediatria, neuropsicologia, neuroradiologia, pneumologia, urologia e uroandrologia, uroginecologia e nefrologia, anestesiologia, pediatria e educação, medicina geral, terapia respiratória, traumatologia e urgências médicas, assistente clínico e senografia, densitometria, medicina reprodutiva, reprodução humana e reprodução assistida, medicina materno fetal, veterinária, fisioterapia, sexologia, cirurgia, instrumentador cirúrgico, endovascular, gastroenterologia, ortopedia, ginecologia e obstetrícia, que engloba técnicas e áreas como laparoscopia, histeroscopia, tocoginecologia, endoscopia ginecológica, cirurgia ginecológica, climatério, colposcopia, técnica em obstetrícia. Importa ressaltar que estas categorias foram formadas com base na autodescrição dos profissionais nos *sites* das clínicas em que trabalham. Observou-se, em relação a Brasil e América Latina em geral, que houve

novas inserções de especialidades no campo nos últimos anos, se comparadas com as primeiras pesquisas em 2007 e 2009, assim como uma entrada maior de mulheres ou homens em certas áreas, quando comparamos com estudos anteriores. Por mais que a quantidade de profissionais tenha aumentado, porém, observamos que categorias principais, tais como ginecologia e obstetrícia, cirurgia, reprodução humana, anestesiologia, urologia, andrologia têm maior quantidade de profissionais do sexo masculino, enquanto especialidades ligadas ao cuidado, ao detalhamento fino, como enfermagem, biologia, embriologia, profissionais de apoio a casal têm, em sua maioria, profissionais do sexo feminino; sendo essas profissões reconhecidas e observadas como áreas que demandam maiores cuidados e atenção redobrada nos procedimentos.

Estes aspectos quase descritivos, apontados acima, são parte de uma arqueologia que busca configurar o campo para mostrar dinâmicas de interesse e a confecção de um tema que, não somente se modifica em suas relações com os profissionais e suas escolhas, mas também se modifica em relação ao que é ou não é importante, dentro da reprodução humana, quando ela se encontra no contexto laboratorial. Dessa maneira, o campo de minha reflexão me obriga a andar pelas cerzaduras das arbitrariedades, do construído contraditoriamente, das hierarquias e saberes engendrados pelas diferentes ciências biomédicas, no que tange à diferença dos órgãos, dos corpos, dos gametas e da infecundidade.

Os argumentos legitimadores de modelos e heteronormatizações sobre a fecundidade/infecundidade reprodutiva, a naturalização das hierarquias de gênero e sua significação, em um campo preocupado com filiação, parentesco, família, maternidade, paternidades, embriões, *chips*, hormônios, vitrificações, alugueis e substituições de úteros, valores e éticas, mercados e políticas, enveredam por diversas e competitivas axiologias.

Hoje as pesquisas com tecnologias conceptivas laboratoriais focam prioritariamente gametas e embriões, o que gera grande incremento nos investimentos com células embrionárias e em técnicas genômicas, em específico, bem como sobre hormônios e toda uma gama de farmacologias. Isto é diferente do que acontecia nas décadas de 80, 90 e no início dos anos 2000, quando as preocupações clínicas estavam centradas no corpo feminino e na sua infertilidade e quando o contexto da discussão política, particularmente feminista, voltava-se para os direitos sexuais e reprodutivos, sobretudo para a medicalização dos corpos das mulheres e para os riscos aos bebês. (Tamanini, 2004). No contexto clínico, tratava-se antes de tudo de compreender como formar, corrigir e reformar o corpo. (Foucault, 2001).

Hoje, organiza-se um intenso trabalho de imaginação e de prática clínica sobre os órgãos reprodutores (úteros e gametas), sobre hormônios e células embrionárias, o que é central na construção, não só da fertilidade, mas também das subjetividades contemporâneas relativas aos modos de se querer e de se fazer filhos; a temporalidade da decisão, as condições para fazê-lo e os suportes externos à relação com o ato sexual são possibilidades de uma nova sociotécnica.

Pensando como Latour, trata-se de produzir imagens, de interrogar as células e de conectar sentidos e atores humanos e não humanos. Essas imagens são analisadas, combinadas e traduzidas em intervenções, em argumentos, em estruturas desejadas para se obter informações, para falar de embriões e de bebês. O laboratório se faz presente na vida das pessoas e em suas decisões. A circulação de representações sobre bebês, embriões, filhos, família, os argumentos, interesses permitem o acúmulo das informações provindas de um lugar inteiro: o corpo humano, o laboratório, os gametas, os interesses, os especialistas, a estrutura da clínica e o mercado. O desenvolvimento das técnicas, das inscrições e dos sentidos dos *actantes* têm um papel essencial nessas dinâmicas e nestes novos investimentos.

Nos 485 resumos foram encontrados marcadores que falam da expansão dos conhecimentos a respeito destas naturezas da reprodução humana, que no laboratório tem sido tomada como matéria para estudos e pesquisas com fins de se produzirem experimentações, testes e respostas às demandas por embriões e filhos. Testes no DNA para evitar a transmissão hereditária de cadeias de DNA ou mitocondriais com problemas, monitoramento de procedimentos de controle, consórcios de monitoramento internacionais sobre as práticas de fertilização *in vitro*, produção de relatórios anuais a respeito de novas linhas de células somáticas para diagnóstico genético pré-implantacional de embriões são parte dos diversos temas encontrados. Além desses, foram encontradas preocupações focadas em diagnóstico, controle e encaminhamento de protocolos, ou tratando de temas relacionados a consensos, padronizações de práticas laboratoriais, por exemplo, consenso de orientação para bancos e fornecimento de células estaminais embrionárias para fins de investigação e da importância da boa prática ética em *screen* genético pré-implantacional, redefinição da idade materna e indicação para diagnóstico pré-implantacional, protocolos de desempenho da técnica de análise de células estaminais embrionárias, consenso de orientação para bancos e fornecimento de células estaminais embrionárias para fins de investigação. Com relação ao Brasil destaca-se o grande número de publicações sobre sêmen/esperma; configura-se nesse caso um fato curioso, pois uma das clínicas faz grande quantidade das pesquisas neste campo

e é também a que domina as publicações. Este aspecto merece destaque na medida em que o fato de haver interessados em certos aspectos, ou em certos tipos de pesquisa, com certos tipos de materiais, também marca o campo, na continuidade dos interesses, na produção e na difusão de conhecimentos com determinadas escolhas, em detrimento de outras, desconsiderando-se, por vezes, a ordem das necessidades humanas e planetárias. Estes são fatos científicos, porque assim são construídos e porque dizem respeito a atores comuns que insistem, com firmeza, em falar não apenas de "representações" múltiplas que os indivíduos têm do mundo, mas também da realidade do mundo comum no qual eles desejam viver. Em suma, longe de resignar-se a possuir crenças, os atores comuns querem participar, de pleno direito, na elaboração daquilo que compõe a natureza das coisas, sua vida reprodutiva. (Latour, 2000; 2004).

E é claro que, nesta ordem de coisas, como diria Santos (2004), trata-se de mostrar que a produção de conhecimento atende, por um lado, a um princípio circular e auto-referenciado, de sorte que "novos" conhecimentos construídos sobre uma base de representação determinada reafirmam, *ad infinitum*, as premissas inscritas nesse sistema de representações. Neste sentido, não é incomum o uso de imagens e representações sobre pioneirismos, em certos campos, e que estão presentes nos vídeos, bem como em diversas clínicas internacionais. Observou-se nos vídeos brasileiros analisados que o especialista, que fez uso com sucesso de uma técnica pela primeira vez, carrega consigo um pioneirismo construído no discurso e que é estratégico para marcar competência, para publicizar o serviço, para criar as demandas, para dar esperança, para marcar os processos regionalmente. Usam-se expressões como o primeiro do Brasil, o primeiro da América Latina, o primeiro do Paraná, o primeiro só com médicos brasileiros. A marca é patriótica, regional, do país de origem, da cidade de origem (exemplo do Vitringá, técnica desenvolvida em Maringá). O contexto onde estes discursos são produzidos é um "regime de verdade", dentro do qual o discurso adquire significação, se constitui como plausível e assume eficácia prática; as palavras se vinculam às coisas. (Foucault, 1995).

Por outro lado, estes aspectos estão envolvidos com outros que dizem respeito às novidades tecnológicas, aos temas de congressos e às decisões sobre protocolos de ação e de intervenção no campo laboratorial e clínico dos tratamentos, e que não existiam com este grau de consenso e assim disseminados internacionalmente até há poucos anos. São mudanças de olhares e de práticas que permitem o estabelecimento de outros processos interventivos com

ampliação das articulações entre sentidos, valores, tecnologias e apropriação de materiais humanos reprodutivos em grande escala.

Outro aspecto é a percepção de que nestas práticas também passa a existir uma tênue fronteira na tradicional divisão entre Natureza e Cultura é distinta, quando nos deparamos com conquistas da biotecnologia. O campo da reprodução assistida hoje vem se ampliando para outras fronteiras que não mais e exclusivamente as que se encontravam ligadas às representações e às imagens relativas à infertilidade e ao seu conseqüente estigma, ou ao sofrimento pela ausência de filhos. A reprodução humana em laboratório, considerada desde sua relação com a natureza, vem sendo modificada de acordo com o que pode ser inscrito na história das relações sociais, e o que ela pode e se propõe a remediar, sobretudo, a partir de sua inscrição com o desejo de filhos, quando este está impossibilitado. Desta maneira, os corpos genéticos e biológicos, com sua correspondência em material reprodutivo, não se inscrevem apenas em um artifício político, conforme proposto sabiamente por Varikas (2000); mas as decisões e escolhas que se fazem sobre eles e seus usos estão inscritas em uma rede de saberes e de poderes biomédicos, que dizem respeito a um conhecimento e ao seu regramento, no que tange às decisões e do que tange à ficção científica.

O cultivo dos “corpos férteis”

O acompanhamento do campo, durante pelo menos 10 anos, desde o primeiro trabalho de tese, defendido em 2003, mostra, conforme já apontado, que as preocupações clínicas e dos especialistas se modificaram em direção aos gametas e aos embriões, que a disseminação de novos saberes, de novas pesquisas e de novas técnicas ampliou a oferta de soluções para problemas de infertilidade e para diagnósticos embrionários, fato que aumentou enormemente a relevância da pesquisa e da circunscrição de novos riscos. Circulam mais informações sobre procedimentos, tecnologias, equipes e especialidades nas clínicas, dá-se maior visibilidade à infertilidade e a suas causas masculinas e femininas, há maior oferta de arranjos reprodutivos com doação e recepção de gametas para casais heterossexuais e homossexuais e para mulheres solteiras, maior número de soluções genéticas para questões associadas a doenças, maiores conhecimentos sobre endométrio, útero e preservação de gametas. Expandiram-se as áreas de saber e as tecnologias para preservar embriões. Os limites clínicos que impediam a nidação de embriões são mais conhecidos, as questões da hiperestimulação ovariana estão mais controladas, a redução embrionária, objeto de muitas denúncias no passado, já não é

frequente, dadas as normatizações sobre o número de embriões a ser transferido, conforme a faixa etária da mulher; até 35 anos a recomendação do Conselho Federal de Medicina para Brasil é de 2 embriões; entre 36 e 39 anos, de 3 embriões; 40 anos ou mais, de 4 embriões. Do ponto de vista cultural e social, a falta de aceitação da ovodação e da recepção de espermatozoides está em grande medida superados, o que facilita o contexto bioclínico. Neste aspecto existe maior abertura para novas configurações reprodutivas no interior das diversas relações familiares. A gravidez de substituição como um arranjo socioparental abriu diversas soluções também.

Neste sentido o corpo tem funcionado como um agregador e um proliferador de possibilidades. Ao mesmo tempo em que é sempre mais conhecido e detalhado, ele se torna mais exposto e mais global. O seu domínio e a sua consciência só podem ser adquiridos pelo efeito do investimento de um poder da ciência, da tecnologia, dos hormônios, dos esforços com sexo cronometrado, ou aceitando material genético. É um trabalho insistente, obstinado, meticuloso dos especialistas, do laboratório, das clínicas, das publicações, do mercado, dos legisladores. O poder penetrou no corpo; ele é exposto no corpo. (Foucault, 1992, p.146). Essa construção ocorre a partir das técnicas que se apresentam, no modo como a sociedade e os humanos sabem servir-se do corpo. É ao mesmo tempo um conjunto de práticas sociais (Goffman, 1963; Bourdieu, 2006) e uma agência de si, que se expressa pelo engajamento dos sujeitos mulheres, homens, especialistas. Assim, também ocorrem processos de conexão entre a intimidade, os sistemas da ciência, da tecnologia e do conhecimento reprodutivo que ultrapassam as questões pessoais. Caminha-se em direção aos novos estatutos da natureza, da tecnologia, da ciência, das células, dos órgãos e dos corpos. (Lowy & Gardey, 2000). E podem-se evidenciar as questões impostas pelo avanço vertiginoso das clínicas de reprodução assistida, sua peculiaridade e a maneira como se articulam técnica, ciência e gênero. (Haraway, 1997, 1995; Keler-Fox, Longino, 1999).

Conforme já afirmou Atlan (2005), inovações tecnológicas implicam consequências antes não pensadas. É o caso das polêmicas produzidas pela manipulação de embriões, pela vitrificação, pela doação e venda de gametas, que provoca debates políticos, éticos e econômicos novos; ou do útero artificial. Essas são questões que precisam mesclar referências naturais e culturais, ao lidar com estes híbridos que não encontram lugar no mundo polarizado entre natural e artificial. (Latour, 2004).

Neste contexto toda a discussão sobre as materialidades, as maternidades, as paternidades e as filiações está envolvida nos processos reprodutivos mais amplos e torna-se

suporte para o desenvolvimento e a experimentação de muitos outros diagnósticos e de outras pesquisas sobre diagnósticos preimplantacionais, que estão cada vez mais distantes dos conteúdos das experiências com o sexo reprodutivo, que fundamentaram a concepção de embriões no passado, quando todo o processo ocorria só no interior do corpo feminino. Assim, a maternidade é, neste contexto, considerada o último grito de um desejo, ou melhor, instinto, que quer se constituir como experiência do materno, que é buscada e subjetivada por mulheres que se tornam coparticipantes e corresponsivas desses ‘grandes feitos’, um filho, mas por meio de novas corporeidades e de novas fabricações. Por outro lado, os desejantes de filhos engajam-se na busca das mais ousadas práticas de reprodução e o desafio da pesquisa é o de manter unidas essas conexões do fazer científico para relacionar os sentidos em diferentes campos, porque somos nós que devemos relacioná-los. Campos diferentes não se relacionam sozinhos. Portanto, trata-se de uma maneira de articular os fatos da vida, no que tange ao biológico e ao genético e às formas de organização reprodutiva de pessoas. Isto implica discutir os processos de engendramento de maternidades com mulheres heterossexuais, no contexto dos casais inférteis, categoria clínica elaborada para processos de intervenção sobre a infertilidade em contextos heterossexuais e heteronormativos. Ou implica construir soluções para ausência de maternidade, por falta de gametas reprodutivos masculinos, no caso das mulheres em relacionamento lésbico, ou no caso da paternidade demandada por homens em relacionamento homoafetivo, para os quais se faz necessário o óvulo e o útero. Ainda pode-se colocar em foco a relação com o anonimato, ou não, da doação de gametas. Estas questões que dizem respeito aos fatos da vida são instituidoras de engendramentos e de agenciamentos do eu, à medida que se articulam nelas, não apenas práticas tecnológicas e de saberes, mas também decisões reprodutivas em contextos clínicos e se fazem arranjos sobre os processos de dar e de fazer a vida. O médico já não decide sozinho e o conhecimento já não está hierarquizado, e sequer valorizado negativa ou positivamente. Trata-se outrossim, de como a experiência o faz, o busca, o inter-relaciona, para fins práticos e interventivos (biomedicina) e ou explicativos e compreensivos (áreas humanas). Separo as finalidades das áreas, mas isto é fictício em termos da relação com os valores. O fato é que quando expomos e pesquisamos nas áreas humanas, também fazemos práticas e desejos, e quando os especialistas agem por intervenção ou por reflexão, também produzem argumentos, valores e desejos. Assim, com a entrada de diferentes especialidades médicas e científicas e das tecnologias no campo da reprodução humana, o que antes dizia respeito somente ao casal, fica exposto a outros agentes e a muitas articulações éticas valorativas. Constrói-se uma

maneira significativamente diferente de olhar a reprodução, olhar os novos e muitos arranjos familiares reprodutivos, subjetivos e de parentesco que, nesses contextos, podem se construir em graus de complexidade diversa, sendo bem mais amplos, em relação às formas de viver o biológico no social, do que quando estes aspectos eram feitos parecer pertencer à esfera do privado. Assim, por meio das investidas científicas pode-se articular as células, os gametas, o DNA e sua circulação de outras maneiras. Igualmente, dá-se lugar a outros arranjos conjugais, e a novos sujeitos, fora da relação heteronormatizada. Dessa forma, transformam-se a fixidez da biologia e também as relações sociais, conjugais e sanguíneas. Tais novas dinâmicas, poderiam, então, contribuir para outras reflexões sobre a maternidade, a paternidade, as temporalidades, as filiações e para as posições referenciadas no tópico anterior, que pretendem desconstruir algumas premissas sociais enraizadas em postulados considerados indiscutíveis, por basearem-se na ideia de uma natureza imutável. Entretanto, o que habitualmente verificamos é que estes questionamentos dos pressupostos culturais, bem como a abertura para diferentes organizações familiares, são muitas vezes negados ou camuflados pelos discursos que envolvem as NTRC, ainda que na ordem prática essas realidades sejam produzidas em laboratório. Por meio desta reflexão tentei mostrar algumas manifestações do conhecimento interdisciplinar em relações complexas, em contextos interventivos, com áreas de saberes e intervenções diversas, para os fins de atender a vontade, desejos e modelos; ao mesmo tempo, ao fazer este caminho reflexivo, afinou-se a percepção da complexidade das relações e dos desafios enormes para entendê-las.

A ideia sobre o grito do corpo agrega-se à invenção do relógio biológico que se inscreve no registro do “corpo útil”, em vez de um registro sobre o “corpo inteligível”, expressões *foucaultianas* que não são do mesmo aporte nem cumprem igual função simbólica para o masculino. O corpo útil só aparece como um conjunto de representações, de regras e regulamentos práticos para mulheres. Este corpo está referido à maternidade e ao cuidado materno infantil, mas está também completando uma subjetividade que é copartícipe nos novos modos de intervenção e que se apresenta como um governo político da vida humana e com potencial interventivo, ao mesmo tempo em que de novos riscos produzidos pela tecnociência contemporânea. No caso da mulher, neste contexto, a maternidade segue definindo-a e sobre ela ocupa um lugar fundador do sua natureza, que só desta maneira tem uma identidade reconhecida no conjunto das razões que fazem essas biopolíticas e estas biomedicinas. Esta identidade se refere à ordem reprodutiva e, em reprodução assistida, é a maternidade que define uma mulher, ainda que as circunstâncias atuais dos estudos tenham

marcado importantes mudanças em relação à família e à sua organização; e ainda que as relações vinculadas à conjugalidade e ao parentesco se encontrem mais inseridas nos valores democráticos da igualdade entre os sexos e, em muitas organizações sociais, políticas, econômicas, familiares, educacionais, de saúde, de direitos, estejam ligadas à coparticipação na cidadania.

Nos vídeos analisados este é o principal argumento utilizado para a intervenção. Os discursos dos profissionais brasileiros, nestes vídeos, estão calcados no modelo familiar heteronormativo; mesmo que a reprodução assistida abra possibilidades para outros tipos de arranjos familiares, eles não foram citados uma única vez durante as entrevistas dos vídeos; mesmo quando havia necessidade de incluir exemplos nas explicações, o especialista sempre falava da ‘mulher casada/mulher solteira’, do ‘homem da relação’, do papel masculino e feminino na reprodução. Esta representação frequentemente se reforçava nas perguntas tendenciosas dos jornalistas e no modelo de família em cena. A mulher é tomada como um problema para a sociedade e para a continuidade do mundo, se ela não tem filhos, e é frequentemente julgada como um equívoco, quando seu estilo de vida prioriza o trabalho ou o estudo. Na visão dos médicos, isso é extremamente errado e preocupante; para alguns deles, a mulher tem que ter em mente que a maternidade é algo pelo qual ela precisa passar para ser uma mulher de verdade e, se ela não pode fazer isso do jeito ‘tradicional’, ela pode recorrer a eles. Neste material, os homens quase não são focados, como o é em diversas fontes. Os comentários sobre gravidez tardia não ocupam um lugar explicativo, com fins de produzir esclarecimentos; são, outrossim, de ordem moral e estão sempre voltados a uma obrigação que a mulher tem de colocar os filhos antes do trabalho e do estudo.

Segundo os especialistas ouvidos nas entrevistas, as mulheres são as responsáveis pelas baixas taxas de natalidade e elas também são responsáveis por mudar isso, “repopoando o mundo”. O especialista é um médico, é quem ensina e quem faz diversas intermediações entre os casais. Ele é médico, professor, pesquisador, psicólogo, confidente. Ele ensina didaticamente, desconstrói e reforça mitos, usa metáforas que as vezes dizem mais do que pode parecer *prima facie*.

Nesse aspecto, é possível também observar os outros temas como o da necessidade de ter filhos no “tempo certo”, pelos mesmos especialistas. Essas falas -- “As mulheres têm que acordar que elas têm que transformar a prole na prioridade delas”. “A mulher com essa conquista que ela teve de livre, estudada, trabalhando fora, não sendo mais dona de casa, ela tá um pouco perdida para encontrar o tempo exato de começar a ser mãe. E às vezes ela está

postergando muito. E eu acho que é essa realidade que ela tem que pensar. Ela tem que fazer dos filhos uma prioridade e fazer com que a carreira ande junto.”¹ -- deixam claro que, mesmo tendo consciência da complexidade dos fatores que envolvem a infertilidade e do ritmo de vida das mulheres, atualmente, a maioria dos profissionais acaba por colocá-las como a causa e a solução da infertilidade/baixa natalidade.

Em relação ao *homem*, vimos um discurso voltado ao acolhimento, sempre buscando desmistificar certas máximas, como a vinculação da infertilidade à virilidade. Os profissionais sempre buscam falar a respeito da infertilidade do *casal*; buscam desta forma incluir o homem e a masculinidade em suas exposições na grande mídia. Além da questão do casal infértil, também foi possível observar como o especialista se enxerga neste campo. Sua visão de si mesmo, como quem acolhe o homem na clínica, quem ensina e explica, quem apoia muitas vezes psicologicamente o casal, mas acima de tudo, como ele se vê como o possibilitador da concepção, o institucionalizador da maternidade. É ele quem traz o filho, quando a natureza falha. Entretanto, também é possível observar a responsabilidade destes médicos em diversas fases do tratamento, desde a dinâmica de acolhimento do casal até a manipulação dos gametas. Aqui também encontramos as dificuldades levantadas por eles, o que pensam a respeito das legislações vigentes, valores do tratamento, o amparo aos indivíduos com menos condições financeiras, a questão do SUS, entre outros. Muitos dizem investir o próprio dinheiro em pesquisa e expansão; as clínicas não são apenas um emprego, são o meio onde eles se inserem no campo, é onde eles se criam e se renovam na missão de fazer bebês.

Considerações finais

A título de encerramento ressalta-se que a circulação de materiais reprodutivos tem a ver com uma biopolítica importante como negócio internacional reprodutivo, não só visando às mulheres em conjugalidade heterossexual, mas também os casais homoafetivos masculinos, às mães homossexuais, às mulheres solteiras homo ou heterossexuais. Na decisão por doação/recepção de óvulos, sobretudo, mais do que de sêmen, o fator idade é preponderante. Ressalta-se que existe uma importante expectativa frente a qualquer demanda e um importante cálculo, considerando-se a relação custo benefício para as clínicas na tomada de decisões. A decisão clínica sobre fazer com os próprios óvulos da mulher, ou não fazer, mesmo quando a probabilidade de sucesso é baixa, sempre foi apresentada como da

¹ Recuperado em 14 jan 2015 de <<https://www.youtube.com/watch?v=kLrGblq3cMM>>.

responsabilidade da própria mulher ou do casal, pelos 16 especialistas que entrevistei em 2010, no contexto de Barcelona. Mas, o fato é que nas práticas de circulação de materiais reprodutivos nas clínicas, produzem-se também decisões e uma complexa articulação discursiva sobre o lugar social e familiar das mulheres e de casais na ordem da reprodução humana. Filiação, contudo, embora seja a meta dos tratamentos, tem pouco espaço, no domínio clínico, se considerados os seus aspectos: ético e socioantropológico. É uma dimensão da ordem do parentesco e que não está diretamente na preocupação dos especialistas, ainda se todos os arranjos reprodutivos por eles impetrados levem a este lugar, na vida das mulheres, ou dos casais. O fato é que maternidades, paternidades e processos de filiação exigem discussões das áreas de humanas, que pouco ou em nada são levadas em consideração nas decisões sobre os modos de se fazer embriões, ou nos processos de gravidez solidária quando se busca um útero fora da relação em questão. A problematização da filiação só aparece entre os especialistas biomédicos, quando um deles, não considera adequado fazer embriões para casais homossexuais, ou para mulheres solteiras. A resistência, porém, em receber gametas, esta cada vez mais reduzida frente as novas práticas de circulação e de acesso a óvulos e a espermatozoides, embriões e úteros e frente a organização social e familiar, embora ela exista e apareça na imagem que é priorizada de que uma mulher é feliz quando é mãe. Para tal, deve estar comprometida com um pai e dentro de uma relação conjugal, preferencialmente heterossexual. Ainda se o tema da sexualidade dificilmente esteja presente, nos contextos de laboratório quando os casais são heterossexuais, ele está presente na impetração de outra moralidade para mulheres solteiras e para casais homossexuais. O fato é que estes procedimentos estão muito ancorados eticamente dentro do próprio campo e, muitos especialistas compartilham os protocolos, avaliam a relação entre custo benefício, e se estão dentro dos critérios legais, podem agir. Isso lhes evita problemas, mas não necessariamente evita que novas práticas possam estar sendo inseridas, até porque a interpretação da lei quando existe, abre muitas possibilidades e os desejos rearticulam realidades.

Referencias

Amorim, A.C. H. (2010). “As novas tecnologias reprodutivas conceptivas, o proceder científico e as redes de especialidades na América Latina”. Relatório de Iniciação Científica/2010), Curitiba, PR, Universidade Federal do Paraná.

Atlan, H. (2006). *O útero artificial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Bourdieu, P. (2006). O camponês e o seu corpo. *Revista de Sociologia e Política*, n.26, 83-92.

Butler, J. (2003). O Parentesco é sempre tido como heterossexual? In: *Cadernos Pagu*, v. 21, 219-260.

Costa, S. (2015). Desprovincializando a sociologia: a contribuição pós-colonial. Recuperado em 10 maio, 2015 de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092006000100007&script=sci_arttext>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM, N. 1.957/10. Brasília – DF, 06 de janeiro de 2011. Recuperado em 16 de jul, 2015, de http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957_2010.htm

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *RESOLUÇÃO CFM*, N. 2.013/13. Brasília-DF, 16 de abril de 2013. Recuperado em 16 de jul, 2015, de http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentacao_reproducao.pdf

Foucault, M. (1995). *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Goffman, E. Stigma. (1975). *Les usages sociaux du handicap*. Paris: Minuit.

Haraway, D. (1994). Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista na década de 80. In: Holanda, E.B. (Org.). *Tendências e impasses: O feminismo como crítica da cultura* (pp. 243-288). Rio de Janeiro: Rocco.

Latour, B. (2000). *Ciência em ação*. São Paulo: Editora Unesp.

Latour, B. (2004). *Políticas da natureza: Como fazer ciência na democracia*. São Paulo/Bauru: EDUSC.

Lowy, I., Gardey, D. (2000). *L'Invention de Naturel*. Paris: Editions des Archives Contemporâneas.

Luna, N. (2002). Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. *Cadernos Pagu*, n.19, 233-278.

Keller-fox, E., Longino, H. (1999). *Feminism et Science*. Oxford: University Press, 1999.

Pinafi, R.A.L.G. (2014). Disseminação do conhecimento e dinâmica de inserção dos especialistas no campo da reprodução assistida na América Latina. (Relatório de Iniciação Científica/2014), Curitiba, PR, Universidade Federal do Paraná.

Santos, B.S. (2004), "Do pós-moderno ao pós-colonial e para além de um e outro". Coimbra, Conferência de abertura ao VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais.

- Swain, T. (2007). Meu corpo é um útero? Reflexões sobre a procriação e a maternidade. In: Stevens, C. (org). *Maternidade e Feminismo: diálogos interdisciplinares* (pp. 201-247). Florianópolis: Editora Mulheres.
- Spar, D. (2007). *O negocio de bebês. Como o dinheiro, a ciência e a política comandam o comércio da concepção*. Coimbra: Amedina.
- Tamanini, M. (2004). Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: bioética e controvérsias, um ensaio. *Revista de Estudos Feministas*, v.12(1),73-107.
- Tamanini, M. (2006). Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: o paradoxo da vida e da morte. *Revista Tecnologia e Sociedade*, n. 3, 211-249.
- Tamanini, M. (2009). *Reprodução Assistida e gênero: o olhar das Ciências Humanas*. Florianópolis: Ed. da UFSC.
- Tamanini, M. (2010). Tecnologias reprodutivas conceptivas: Imperativo da maternidade? Ou outro lugar de fala? In: Rial, C., Pedro, J. M., Arend, S. M. F. *Diversidades: Dimensões de Gênero e Sexualidade* (pp.209-223). Florianópolis, Editora Mulheres.
- Tamanini, M. (2013). Produções tecnológicas e biomédicas e seus efeitos produtivos e prescritivos nas práticas sociais e de gênero. *Cadernos IHU Ideias*, ano 11, n.189, 1-24.
- Tamanini, M. (2014). Interdisciplinaridade na construção dos fatos da vida, o olhar das ciências humanas e pela perspectiva de gênero. In: Kazama, R; Pedro, J. M, Miguel, R. B. P.,Varvakis, G., Bentancourt, S. M. P., Silva, M .P. ,Pereira, M. A. S, L. Cardenas, Y.G. (Org.). *Interdisciplinaridade teoria e prática* (Volume II, pp. 335-359).Florianópolis: UFSC.
- Waldby, C., Cooper, M. (2010). The female body and the stem cell industries. *Feminist Theory*, University of Sydney, n. 11(1), 3 - 22. Recuperado em 10 janeiro, 2011, de <http://www.sagepublications.com>