

# **TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS:**

## **NOVAS ESCOLHAS, ANTIGOS CONFLITOS**

**LUCILA SCAVONE**\*\*

### **Resumo**

Este artigo é uma reflexão sobre o consumo crescente das tecnologias reprodutivas, isto é, do conjunto de técnicas contraceptivas e conceptivas utilizadas para impedir ou realizar a reprodução humana. Busca dar visibilidade às condições deste consumo na sociedade brasileira. Evidencia a entrada das mulheres brasileiras no ciclo das tecnologias reprodutivas: contracepção medicalizada, parto cirúrgico, esterilização e reprodução assistida, mostrando que o uso de uma tecnologia pode gerar a necessidade do uso de outra.

**Palavras-chave:** Tecnologias Reprodutivas, Políticas de Saúde, Condições de Consumo.

---

\* Recebido para publicação em 04 de setembro de 1997.

\*\* Professora Doutora, Departamento de Sociologia/UNESP/Araraquara e pesquisadora do CNPq. Realizou Pós-Doutorado no INSERM/França, especialidade em saúde das mulheres. Publicou recentemente a coletânea *Tecnologias Reprodutivas: gênero e ciência* (Ed.Unesp, 1996), entre outras publicações na área de gênero, saúde e trabalho.

Tecnologias Reprodutivas...

**REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES:  
NEW CHOICES, OLD CONFLICTS**

**Abstract**

This article reflects on the increasing consumption of reproduction technologies, ie, the group of techniques used to prevent and to provide human reproduction. It discusses the conditions of consumption of such technologies in Brazil, looking at how Brazilian women have been making use of the whole cycle of reproduction technologies: medicalized contraception, surgical delivery, sterilization and assisted reproduction. The article shows that the use of one technology often generates the need for the use of another.

### **Introdução**

O objetivo deste artigo é refletir sobre o consumo crescente das tecnologias reprodutivas, isto é, do conjunto de técnicas contraceptivas e conceptivas utilizadas para impedir ou realizar a reprodução humana, situando-as no espírito da modernidade, onde a razão e a ciência ocupam um lugar privilegiado definindo um modo de viver. Pretende, também, dar visibilidade às condições deste consumo na sociedade brasileira, considerando o alto índice de métodos contraceptivos entre as mulheres em idade fértil e, por outro lado, à busca cada vez mais freqüente pela reprodução assistida.

Para que servem, a quem servem, quais os seus riscos? Considerando que a ciência e a técnica não são neutras, as respostas a estas questões exigem argumentos que não se limitem exclusivamente aos aspectos técnicos e médicos das tecnologias reprodutivas – lugar onde elas são produzidas – mas, que levem também em consideração as condições sociais e subjetivas nas quais são experimentadas.

As práticas destas tecnologias trazem à tona o debate de fundo da ética e da ciência, dos ganhos e perdas das conquistas tecnológicas, da noção de progresso e de desenvolvimento humano e, sobretudo, das relações de gênero que lhes permeiam. Isto porque, além de estarem relacionadas com políticas demográficas controlistas ou natalistas, elas têm a particularidade de afetar a vida privada de cada um/a de nós, interferindo diretamente no corpo em seus aspectos mais íntimos: a vivência da sexualidade e a reprodução da vida. Esta interferência que, via de regra, acontece no corpo feminino, diminui o controle das mulheres sobre seus corpos dando lugar ao controle médico e científico dos mesmos.

O processo de globalização econômica torna o consumo de todos os tipos de tecnologias cada vez mais generalizado e próximo de cada um/a de nós. Ele provoca a transformação nos

contextos da experiência social atingindo a vida privada das pessoas, influenciando comportamentos.<sup>1</sup> No caso das tecnologias reprodutivas este processo contribui para difundir um consumo baseado no modelo da eficácia e no elogio da modernidade, propiciando tanto a possibilidade de uma maior autonomia reprodutiva para as mulheres, como a efetivação de políticas demográficas controlistas. A expansão destas tecnologias vem junto com os avanços tecnológicos em outros domínios da sociedade, atingindo nossa vida cotidiana e mostrando-nos as contradições inerentes à globalização: a emergência de um modelo de sociedade que se pretende universal, provocando, em contrapartida, uma intensificação dos regionalismos e das particularidades locais.<sup>2</sup> Neste contexto, o fortalecimento de diversas formas de fundamentalismos, especialmente os religiosos, que defendem de forma autoritária as tradições e reagem contra a conquista do direito de autonomia dos indivíduos, traz a público um aspecto complexo desta questão: a oposição ao uso das tecnologias reprodutivas geradas dentro do próprio sistema que as produziu. Posições conservadoras e tradicionalistas no que se refere ao aborto e à contracepção são exemplos deste tipo de prática.

Toda esta situação acentua os contrastes sociais e é assim que vemos, nesse final de século, tecnologias de ponta conviverem lado a lado com a miséria, a fome e a ausência de condições mínimas de sobrevivência de parte considerável da humanidade.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> GIDDENS, Anthony. Admirável mundo novo: o novo contexto da política. *Caderno CRH* 21, Salvador, jul/dez 1994, pp.9-27.

<sup>2</sup> Id., ib.

<sup>3</sup> Na sociedade brasileira estes contrastes estão quase banalizados: convivemos com bebês de proveta e crianças trabalhando ou mendigando nos faróis vermelhos das ruas. Segundo *Relatório Sobre o Desenvolvimento Humano No Brasil 1996* (Brasília, PNUD/IPEA, 1996, 185 pp.) o Brasil no

### O debate e seu contexto

É necessário esclarecer que o termo tecnologia é aqui entendido como “um conjunto de técnicas” ou “como a teoria ou a filosofia das técnicas”.<sup>4</sup> Utilizo a primeira definição, para nomear as técnicas de reprodução humana e, a segunda, para compreender as relações sociais subjacentes às práticas das mesmas. Segundo Laborie:

o desenvolvimento tecnológico supõe a criação e a utilização de instrumentos; supõe também um processo e a aplicação de princípios supostamente racionais e/ou científicos para controlar, explorar, modificar o espaço, a matéria, a natureza; no caso das tecnologias médicas, o corpo humano.<sup>5</sup>

Tomando por base a reflexão de Marcuse sobre a técnica como “uma forma de dominação (sobre a natureza e sobre os homens) uma dominação metódica, científica, calculada e

---

início desta década tinha um dos maiores graus de desigualdade do mundo, a renda média dos 10% mais ricos é quase 30 vezes maior que a renda média dos 40% mais pobres.

<sup>4</sup> A primeira definição de Tecnologia é descritiva e, segundo seu autor, inexata, porque funciona como sinônimo de técnica; a segunda definição seria a mais precisa. LALANDE, André. *Vocabulário – técnico e crítico – da Filosofia*. Lisboa, Rés, s/d., pp.596-598.

<sup>5</sup> LABORIE, Françoise. Rapports Sociaux des Sexe dans le Nouvelles Technologies de la Reproduction. *Cahiers du Gedisst*. Paris, IRESKO/CNRS, nº 3, 1992, p.29. Para Mauss, técnica é: “um ato tradicional eficaz (...) O homem se distingue dos animais pela transmissão de suas técnicas e provavelmente pela sua transmissão oral”. MAUSS, Marcel. *Sociologie et Anthropologie*. Paris, PUF, 1980, p.371. A técnica é produzida pela sociedade humana ao mesmo tempo que produz esta sociedade.

calculadora”<sup>6</sup>, considero que a experiência das técnicas reprodutivas sugere a difusão e imposição do modelo médico científico, mas também pressupõe a busca (ou a recusa) que mulheres e homens, em diferentes situações, fazem deste modelo. A dominação da natureza, no caso da reprodução, pode ser considerada como um elemento de autonomia para as mulheres, mas também como um elemento de controle político da natalidade, ou ainda um fator de risco para a saúde.

Habermas, há trinta anos, referia-se à possibilidade de um crescimento considerável do “repertório de técnicas de controle”, entendendo por elas, inclusive, novos produtos farmacêuticos para o controle das emoções; meios de controle de ordem genética, entre outras.<sup>7</sup> Neste processo de desenvolvimento em direção a um mundo virtual ele alertava para a necessidade de “uma discussão pública, sem entraves e isenta de dominação, sobre o caráter apropriado dos princípios e normas orientando a ação (...)”.<sup>8</sup> Trinta anos depois, com a maioria destas técnicas disponíveis no mercado, o debate de fundo em relação às questões éticas tende a se polarizar, de um lado, na posição que enaltece o avanço da ciência e seus benefícios à humanidade; de outro, na denúncia dos efeitos nefastos destes avanços para a sociedade, conforme sintetizou Berlinguer.<sup>9</sup>

Em relação às tecnologias reprodutivas a tendência não foi muito diferente. Cabe lembrar que algumas destas tecnologias, como a pílula contraceptiva, beneficiaram

---

<sup>6</sup> MARCUSE, Herbert. *Apud.* HABERMAS, Jürgen. *La Technique et la Science comme “ideologie”*. Paris, Gallimard, 1973, p.5. Tradução livre.

<sup>7</sup> Destaco estas duas pois estão implicadas diretamente com a questão em debate neste artigo. HABERMAS, Jürgen. *Op.cit.*, p.65.

<sup>8</sup> *Id.*, *ib.*, p.67.

<sup>9</sup> BERLINGUER, Giovanni. *Ética da Saúde*. São Paulo, 1996, p.14.

socialmente as mulheres dissociando de forma eficaz a sexualidade da reprodução, possibilitando-lhes novas escolhas de vida além da maternidade. Por outro lado, elas também beneficiaram as políticas demográficas controlistas e, tal como foram realizadas, causaram danos à saúde das mulheres. Portanto, é sempre bom lembrar a forma como estas tecnologias têm sido introduzidas em diferentes países quando se discute o uso das mesmas. O movimento feminista, em países como a França, por exemplo, lutou, nos meados dos anos 60, pelo direito à contracepção livre e gratuita e foi através desta luta que a contracepção moderna se democratizou e se expandiu naquele país. No Brasil, a contracepção moderna se expandiu pelas exigências dos países credores para reduzir o seu crescimento demográfico, no quadro dos planos de ajuste estrutural do Fundo Monetário Internacional.<sup>10</sup>

A luta pelos direitos das mulheres ao acesso às tecnologias reprodutivas, mais recentemente chamados por uma corrente majoritária do feminismo mundial de “direitos reprodutivos”, é uma das marcas contemporâneas do debate e da prática feminista no que tange à difusão da contracepção, à legalização do aborto, entre outros aspectos da saúde reprodutiva das mulheres, especialmente para os países do terceiro mundo.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> SCAVONE, L., BRETIN, H. e THÉBAUD-MONY, A. Contracepção, Controle Demográfico e Desigualdades Sociais: análise comparativa franco-brasileira. *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, 1994, vol.2, nº 2, pp.357-372.

<sup>11</sup> A noção de direitos reprodutivos toma fôlego no movimento feminista mundial pelos meados dos anos 80, depois do Tribunal Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos ocorrido em Amsterdã, 1984. Discussões recentes desta noção procuram dar-lhe diversos significados, recuperando-a politicamente, conforme CORRÊA, S. e PETECHESKY R. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma Perspectiva Feminista. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, vol.6, nº 1/2, 1996, pp.147-179. Por outro lado, a crítica sobre a “despolitização do conceito de direitos

O ponto vulnerável desta postura é a possibilidade de colocar, em nome dos direitos, todas as tecnologias reprodutivas num mesmo patamar, minimizando os riscos e interesses em jogo que, em diferentes níveis, cada uma delas comporta. A contradição entre a conquista de direitos de cidadania relacionados à reprodução e a imposição de políticas demográficas controlistas, utilizando tecnologias nocivas à saúde das mulheres, abre caminho, principalmente nos países do sul, onde as desigualdades sociais são mais acentuadas, para os direitos se transformarem em deveres.<sup>12</sup>

Trata-se, no meu ponto de vista, de levar a discussão por uma via que proponha uma reflexão permanente das técnicas existentes trazendo à tona as divergências que as fundamentam, possibilitando que as mulheres e homens envolvidos saibam quais caminhos estão fazendo e possam verdadeiramente fazer escolhas, não ser induzido/as a escolher. Neste processo, as desigualdades sociais dificultam e, na maioria das vezes, impedem o exercício da autonomia individual: por exemplo, a experimentação de novos produtos contraceptivos em mulheres (geralmente pobres e/ou negras), evidenciam a falta de ética na busca pelo avanço da ciência, regida pelo princípio que enobrece os fins não importando os meios, reduzindo a possibilidade de decisões individuais.<sup>13</sup>

---

reprodutivos”, sugere que esta noção estaria servindo à ideologia do livre mercado, contribuindo para ilusão da escolha e desfavorecendo as mulheres. STEMERDINGKAREN, B. Falácia da Escolha. *Jornal da Redesaúde*, São Paulo, nº 13, 1997, p.13.

<sup>12</sup> SCAVONE, L., BRETIN, H. e THÉBAUD-MONY, A. Op.cit., p.370.

<sup>13</sup> Segundo informação publicada em 18/05 no *Jornal do Brasil*, 43% dos centros de pesquisa com seres humanos, no Brasil, não têm sequer comitê de ética para analisar os projetos. Erros e acertos da pesquisa médica. *Boletim Informativo Cidadania e Reprodução*, Comissão Cidadania e Reprodução. São Paulo, 10, ano III, 1997, p.2.



Quanto às tecnologias conceptivas, as polêmicas se multiplicam (congelamento de embriões, clonagem, fecundação pós-morte) tornando imprescindível o debate como um “alargamento das competências técnicas e morais atribuídas à profissão médica, de forma a poder melhor definir sua extensão e seus limites”.<sup>14</sup>

A informação dos efeitos das tecnologias reprodutivas sobre a saúde das mulheres não pode ser ambígua ou incompleta, baseando-se somente na eficácia da técnica disponível, como ocorre freqüentemente por parte das instituições de reprodução humana. É necessário que político/as, médico/as, legisladore/as tenham informações sobre o que pensam e vivenciam as mulheres e os homens que buscam novos meios de evitar filhos/as (ou de tê-los/as) incluindo estas experiências nos seus argumentos e/ou pesquisas. A proposta de construir um debate público deve apoiar-se nas suas conseqüências sociais e sobre a saúde, nas questões éticas que elas suscitam, relacionando-as com a finalidade que estão desenvolvendo. Os impactos sobre a saúde, tanto no que se refere à contracepção como à concepção, devem ser analisados a partir de cada método específico e de seus efeitos colaterais, além dos seus fins e usos políticos, sociais, individuais, os quais discutirei a seguir.

### **Os caminhos da contracepção**

Para fins desta reflexão, classifico as tecnologias contraceptivas em três grandes grupos: (1) tecnologias mais avançadas e/ou pesadas, como implantes, injeções, esterilização, vacinas anti-fertilidade (em fase de pesquisa e ensaio); (2) tecnologias mais corriqueiras e/ou leves, como pílulas e DIU

---

<sup>14</sup> NOVAES, Simone. Ética e Debate Público. *Revista Sociedade e Estado*, Brasília, volume X, nº 1, jan/jun 1995, p.71.

(Dispositivo Intra-Uterino). Nestes dois grupos a eficácia dos métodos é o componente básico da argumentação favorável à sua utilização. (3) Numa outra categoria, estariam os métodos esporádicos de barreira (diafragma, camisinha masculina e feminina), que conjugam uma menor eficácia com uma maior garantia à saúde. Com exceção da camisinha, todos os métodos citados se enquadrariam na classificação mais genérica de métodos medicalizados modernos, significando aqueles que necessitam uma interferência médica sistemática, esporádica ou eventual, na sua prescrição ou na sua utilização.<sup>15</sup>

As pílulas contraceptivas e o DIU (dispositivo intra-uterino), no começo dos anos 60, “constituíram uma revolução na tecnologia contraceptiva. Pela primeira vez na História da reprodução humana, procedimentos eficazes, reversíveis e de fácil utilização”<sup>16</sup> permitiam o controle seguro da fertilidade. O regozijo dos cientistas e o andamento das pesquisas, evidentemente, não pararam por aí.

As pesquisas em contracepção se desdobraram (e ainda se desdobram), segundo a própria ótica médica, com diversos objetivos: evitar obstáculos dos métodos existentes; buscar

---

<sup>15</sup> Cabe lembrar que a idéia de controlar a reprodução é muito antiga e está presente em todas sociedades. Tanto no início da civilização como nas sociedades ditas primitivas encontram-se relatos da utilização de formas de evitar a concepção. (HERITIER, Françoise. *Masculin/Feminin la pensée de la différence*. Paris, Editions Odile Jacob, 1996, pp.332). Mas foi a partir do séc. XIX, com a industrialização, que estas técnicas se ampliaram e se sofisticaram passando a ser controladas pela ciência e medicina. O conceito de medicalização formulado por Illich define a extensão da prática médica através do tratamento médico nas sociedades industrializadas. Este conceito aponta para a tendência crescente da mediação médica em todas as fases da vida. ILLICH, Ivan. *Némésis Médicale. L'expropriation de la santé*. Paris, Seuil, 1975.

<sup>16</sup> SITRUK-WARE, R. La contraception du Futur. *La Presse Médicale*. Paris, 16, nº 11, 1987, p.511.

outras vias de administração além da oral; desenvolver sistemas de efeito de longa duração, com facilidade de aplicação, sem perder a eficácia.<sup>17</sup> Segundo esta ótica elas buscam equilíbrio na relação riscos/benefícios, custo/eficácia, prevalecendo o princípio simplicidade/eficácia/baixo custo para efetivar políticas demográficas direcionadas às mulheres do terceiro e quarto mundos e, também, às mulheres pobres do primeiro mundo; neste caso, os riscos são minimizados.<sup>18</sup> Estas pesquisas investiram em pílulas com doses cada vez mais fracas de hormônios, suavizando seus efeitos colaterais, em DIUs com materiais mais modernos, mas, mesmo assim, “os DIUs foram retirados do mercado americano em consequência de diversos processos contra alguns fabricantes e médicos”.<sup>19</sup>

Por outro lado, investiram-se em métodos como Norplant ® (implante sub-cutâneo) e Depo-provera (injetável hormonal) com efeito prolongado, utilização não oral e eficácia assegurada. O Norplant ® consiste em seis cápsulas do hormônio sintético levonorgestrel, contendo cada uma 36 mg, implantadas sob a pele do antebraço, podendo ser mantidas por 5 anos. Os efeitos colaterais relatados deste contraceptivo são inúmeros: dores de cabeça, enxaquecas, aumento de peso, diminuição ou perda de libido e alterações importantes do ciclo menstrual (aumento, diminuição e interrupção do fluxo).<sup>20</sup> A análise médica favorável

---

<sup>17</sup> Id., ib., p.512.

<sup>18</sup> Esta lógica é analisada detalhadamente por Bretin, a propósito da utilização do contraceptivo injetável na França com mulheres imigrantes e francesas pobres. BRETIN, H. *Contraception: quel choix pour quelle vie? Récits de femmes, paroles de médecins*. Paris, INSERM, 1992, pp.229.

<sup>19</sup> LERIDON H. e TOULEMON L. La régulation des naissances se généralise. *Les Dossiers du CEPED*, Paris, n° 41, juin 1996, p.13.

<sup>20</sup> DACACH, Solange e ISRAEL, Giselle. Norplant – ciência ou incons(ciência)? In: SCAVONE L. (org.) *Tecnologias Reprodutivas, gênero e ciência*. São Paulo, Ed. UNESP, 1996, pp.87-97.

ao uso deste contraceptivo costuma tratar os problemas tais quais “náuseas e perda de apetite; sensação de cansaço; dores de cabeça; mudanças de peso e de libido e acne” como “efeitos menores”.<sup>21</sup> Além disso, a aplicação deste contraceptivo tem o risco de causar infecção na região implantada, sendo necessário condições de assepsia no momento do implante.

A aprovação do uso do Norplant ® pela Food and Drug Administration (FDA), nos Estados Unidos em 1990, segundo Correa, “legitimou sua utilização em outros contextos (...) estima-se que 1,5 milhão a 2 milhões de mulheres usem implantes no mundo inteiro”.<sup>22</sup> Se em relação ao total das usuárias de métodos contraceptivos, este número é pequeno, ele é suficientemente significativo para ser levado em conta no debate das tecnologias contraceptivas. Além disso, a aprovação da FDA pode ampliar seu uso, pois, segundo Leridon e Toulemon, ela “tem repercussões além das fronteiras dos Estados Unidos”.<sup>23</sup>

Os contraceptivos injetáveis, conhecidos como Depo-Provera e Noristerat (marcas comerciais), são progestágenos de síntese cuja aplicação é feita por via intramuscular e tem uma duração de três meses. A utilização deste contraceptivo gerou muita polêmica, as quais, segundo Bretin, estavam relacionadas “de um lado, a toxicidade possível do produto e seus efeitos

---

<sup>21</sup> MUNYAKAZI, Alphonse. Un contraceptif Implantable: Le Norplant (R). *Famille, Santé, Développement*, Rwanda, n° 15, août 1989, p.25. Corrêa lembra que “quando os cientistas avaliam os riscos dos contraceptivos, fazem-no com base em uma referência estritamente fisiológica e tendem a minimizar a importância dos distúrbios biológicos que não ameaçam a vida”. CORRÊA, Sonia. O Norplant nos anos 90. Peças que faltam. *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, II Semestre de 1994, Número Especial, pp.86-98.

<sup>22</sup> CORRÊA, Sonia. Op.cit., p.87.

<sup>23</sup> LERIDON, H. e TOULEMON, L. Op.cit., p.13.

secundários a longo termo e, de outro lado, à questão do duplo padrão”.<sup>24</sup> Este, significando no caso do injetável, a comercialização do produto nos países do sul e sua proibição nos países desenvolvidos. Os seus efeitos secundários estão relatados em torno de alterações no ciclo menstrual, no peso, na libido e, também, na perda de fertilidade depois da interrupção de seu uso, além de ocorrências de osteoporose. Riscos cancerígenos e teratogênicos também foram observados, especialmente na Tailândia. Cabe lembrar que a homologação do Depo-Provera nos Estados Unidos, pela FDA, só foi dada em 1992<sup>25</sup>, depois da sua suspensão em 1974 e recusa em 1978 e 1984, o que não impediu que há mais de vinte anos ele tenha sido utilizado em outros países e homologado em mais de 80. Conforme analisou Bretin, o mapa da utilização do injetável esteve estes anos todos concentrado nos países do terceiro mundo.<sup>26</sup>

Se os injetáveis e os implantes não alcançaram uma utilização quantitativa importante, sendo invisíveis nas estatísticas globais, pois geralmente aparecem na rubrica “outros métodos”, eles continuam sendo enquadrados na categoria de métodos do futuro<sup>27</sup>, isto é, práticos de serem usados e eficazes, qualidades consideradas como resultantes do avanço da ciência. Neste sentido, as vacinas anti-fertilidade têm aparecido como a tecnologia mais recente em contracepção:

a vacina de maior chance de comercialização é a  
associação do hormônio da gravidez, gonadotrofina

---

<sup>24</sup> BRETIN, Hélène. Op.cit., p.3.

<sup>25</sup> *Bulletin Médical de l'IPPF*. Numero sur les contraceptifs injectables, vol. 26, n° 6, dez 1996, p.1.

<sup>26</sup> Id., ib., Mapa da Depo-Provera, p.219.

<sup>27</sup> SITRUK-WARE, R. Op.cit., p.512.

coriônica humana, com um toxóide (tetânico ou diftérico). Esse mecanismo imunológico, além de suscitar discussões filosóficas importantes, como por exemplo, o conceito de que gestação não é doença e de que poderia haver uma utilização eugênica, pode ter graves conseqüências de médio e longo prazo para o sistema imunológico levando a doenças autoimunes.<sup>28</sup>

Enquanto não se comercializam as vacinas anti-fertilidade, as estatísticas sócio-demográficas sobre a utilização de métodos contraceptivos apontam para o fato de que o “método mais freqüente no mundo é a esterilização: 15% de mulheres são esterilizadas, às quais se juntam 4%, cujos companheiros se submeteram a uma vasectomia”.<sup>29</sup>

A esterilização feminina é um método de efeitos colaterais à saúde pouco estudados e, na relação riscos/benefícios, estes últimos pesam mais, pois estão referidos, via de regra, a sua eficácia e simplicidade. Todavia, relata-se seguidamente o arrependimento como conseqüência da esterilização.<sup>30</sup> Molina lembra que “ao se agredir a trompa

---

<sup>28</sup> MOLINA, Aurélio. O paradigma ético-científico e a saúde da mulher. *Simpósio Bioética e Procriação Humana, diálogos com o feminismo*. Rio de Janeiro, COPPE/UFRJ, 1996, p.156.

<sup>29</sup> LERIDON, H. e TOULEMON, L., Op.cit. Analisando dados do uso da contracepção para todos os países com mais de 35 milhões de habitantes que representam 80% da população mundial, incluíram também mais 8 países de menor importância demográfica; quando os dados não se apoiavam numa amostra de todas as mulheres casadas (ou em união), em idade reprodutiva, foi feita uma projeção das taxas existentes. (Nações Unidas, 1994 e NSFG, 1990. Op.cit.). Tradução Livre.

<sup>30</sup> WORLD BANK. *Brazil: Women's Reproductive Health*, 1990.

acaba-se agredindo a função ovariana que por sua vez leva a um número maior de histerectomias”.<sup>31</sup>

Cabe lembrar, que se todos estes métodos falharem as mulheres podem recorrer à interrupção da gravidez e o RU-486 (Mifepristone) , conhecido como pílula abortiva, autorizado no mercado francês desde 1991, é a forma mais moderna de realizá-la.<sup>32</sup> A Mifepristone “é um sintético anti-progesterona que pode ser usado para induzir abortos (...) ele deve ser usado com uma prostaglandina análoga (sulprostone, gemeprost ou misoprostol) antes de 50 dias de amenorréia”.<sup>33</sup> O uso desta pílula na França é feito com acompanhamento médico e muitos fatores de risco são observados na indicação, não sendo recomendado para mulheres com gravidez acima de 50 dias, gravidez não confirmada, suspeita de gravidez extra-uterina, insuficiência renal, insuficiência hepática, desnutridas, fumantes, diabéticas, entre outros.<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> MOLINA, Aurélio. Op.cit., p.154.

<sup>32</sup> O aborto não é uma técnica contraceptiva, ele teria que ser classificado de forma específica por ser um procedimento de interrupção da gravidez em curso. Para fins deste artigo faço uma breve referência ao procedimento mais moderno deste ato.

<sup>33</sup> THONNEAU, Patrick *et alii*. Analysis of 369 abortions conducted by mifepristone (RU486) associated with sulprostone in a French family planning center. *Fertility and Sterility* 13, jan 1994, pp.1-5.

<sup>34</sup> SILVESTRE, L. et ULMANN, A. Intérêt du RU486 en gynécologie-obstétrique. *Abstract Gyneco Bimensuel*, n° 63, 1990, pp.14-17. A morte de uma mulher de 31 anos em decorrência do uso do RU486 provocou na França um maior debate e controle sobre seu uso.

### O caso do Brasil

No contexto da sociedade brasileira a prática da contracepção concentrou-se, nos últimos anos, em dois métodos eficazes – esterilização e pílula – e isto resultou, no período de uma década e meia, na queda radical da taxa de fecundidade (passou de 4,5 filhos/as por mulher em 1980, para 2,5 em 1996).<sup>35</sup> Uma pesquisa nacional mostra que a esterilização, entre as mulheres vivendo com parceiro, nos últimos dez anos, passou de 26,9% em 1986, para 40,1% em 1996 – representando um aumento de 49,07%<sup>36</sup> – consagrando no país a prática da laqueadura como método de contracepção e colocando o Brasil entre os países com uma das mais altas taxas de esterilização feminina do mundo, comparáveis à da Coreia do Sul. Em 1991, no Brasil, esta taxa estimada para o conjunto de mulheres casadas (ou em união) entre 15-49 anos estava em 35%, contra 36% da Coreia do Sul, segundo Leridon e Toulemon.<sup>37</sup>

A idade média das mulheres esterilizadas diminuiu de 31,4 anos em 1986, para 28,9 anos em 1996<sup>38</sup>, indicando aumento de precocidade na decisão de não mais procriar. Por outro lado, este dado também está relacionado ao abuso de

---

<sup>35</sup> Esta queda da natalidade é uma tendência mundial, de fato, segundo Leridon e Toulemon, a taxa de fecundidade mundial está um pouco mais alta do que 3 filhos/as por mulher, mostrando que o uso de contracepção medicalizada alcançou seu objetivo. LERIDON, H. e TOULEMON, L.. Op.cit.

<sup>36</sup> Pesquisa Nacional Demografia e Saúde/BEMFAM/1996. *Jornal Folha de S.Paulo*, 8/10/96.

<sup>37</sup> LERIDON, H. e TOULEMON, L. Op.cit., p.8. Ver nota de rodapé 30 onde está explicitado como estes autores calcularam e puderam comparar a taxa de esterilização dos diversos países.

<sup>38</sup> BEMFAM/1996. Op.cit.



partos cirúrgicos, conforme já analisaram diversos autores<sup>39</sup> (passaram de 31,6% para 36,4%, na pesquisa da BEMFAM/96).

As condições de utilização da pílula no Brasil aumentam os riscos deste método à saúde das mulheres: são vendidas livremente nas farmácias sem receita nem acompanhamento médicos; todos os tipos de pílulas são disponíveis, mas com uma grande variedade de preços entre as mais dosadas e as menos dosadas.<sup>40</sup> Um estudo de comparação internacional França/Brasil verificou que a prescrição das pílulas segue lógicas diferentes nos dois países, evidenciando os paradoxos sociais, políticos e econômicos dos avanços obtidos pela ciência. Na França é feito um acompanhamento médico e a venda das mesmas é estritamente controlada; por outro lado, o sistema público de seguro social francês não assegura o reembolso de todas as pílulas da última geração.<sup>41</sup>

Segundo pesquisa nacional BEMFAM/IRD<sup>42</sup> a pílula é o segundo método mais utilizado no Brasil. Em 1986, das 65,8% de mulheres com companheiros, usuárias de contraceptivos, 25,2% usavam a pílula; já em 1996, das 76,7% usuárias de contraceptivos (também com companheiros), 20,7% usavam a pílula. Este decréscimo do uso da pílula está associado ao aumento da esterilização.

---

<sup>39</sup> Ver especialmente BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar – anticoncepção e partos cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, vol.1, nº 2, 1993, pp.366-381.

<sup>40</sup> As pílulas de baixa dosagem representam 85% dos contraceptivos orais vendidos nos países desenvolvidos e 65% nos países em desenvolvimento. (WORLD BANK. Op.cit.)

<sup>41</sup> SCAVONE, L., BRETIN, H. e THEBAUD-MONY, A. Op.cit.

<sup>42</sup> BEMFAM/IRD. *Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar*. Rio de Janeiro, 1986.

Mesmo assim, a pílula ainda aparece como a primeira opção contraceptiva na história reprodutiva de muitas mulheres brasileiras, principalmente por não ser um método definitivo. Numa pesquisa com clientes de Postos de Saúde do Município de Araraquara (SP) em 1991, 76,7% das mulheres entrevistadas usaram a pílula como primeiro método de suas trajetórias contraceptivas, 32,1% delas pararam de usá-la por motivos relacionados aos efeitos secundários e 28,6% por motivos relacionados ao desejo de ter filhos/as e/ou por terem ficado grávidas. A maioria destas mulheres, 56,5%, começaram a usar este método por indicação médica, enquanto 43,5% delas por indicações diversas, inclusive auto-indicação.<sup>43</sup>

Tratando-se de uma cidade situada numa região rica do Estado de São Paulo, onde os serviços de saúde pública são em média de boa qualidade, as condições de uso de contraceptivos são mais qualificadas do que nas regiões mais pobres do Brasil e é compreensível que as mulheres passem primeiro pela pílula, através de indicação médica (apesar do percentual de auto-indicação também ter sido significativo), façam recurso a métodos transitórios no segundo momento (camisinha, coito interrompido e tabela) e cheguem finalmente à esterilização, que foi considerada pela maioria destas mulheres como um ideal contraceptivo a ser realizado no futuro. Este percurso pode estar indicando que, apesar da prática abrangente da esterilização, as mulheres procuram também alternativas intermediárias. Por outro lado, nesta pesquisa o DIU também aparece como método intermediário, mas em menor proporção que os demais. Aliás, nos índices nacionais de 1986 e 1991, o DIU mantém-se em torno de 1%, indicando uma certa estabilidade no seu uso. É um

---

<sup>43</sup> SCAVONE, L. Relatório Final da Pesquisa Saúde Reprodutiva das Mulheres: Maternidade e Contracepção. Araraquara, FCL/UNESP, 1997. Nessa pesquisa foram entrevistadas, numa amostra aleatória, 361 mulheres frequentadoras dos serviços públicos e particulares de saúde da cidade.

método caro para a grande maioria das mulheres brasileiras e de difícil obtenção nos postos públicos de saúde. Por outro lado, observa-se um aumento do uso da camisinha que passou de 1,7% em 1986 para 3% em 1991.<sup>44</sup>

Uma outra pesquisa sobre Saúde Reprodutiva da População Negra em São Paulo em 1991, mostrou que entre os métodos contraceptivos utilizados pela maioria das mulheres desta população (58,3%), a pílula estava em primeiro lugar, com 38.6% de usuárias. Este dado foi comparado por Berquó, com outra pesquisa realizada na região Nordeste, onde a tendência majoritária foi a esterilização feminina: 62,9% de usuárias de contraceptivos declararam ter se esterilizado e 23.0% utilizavam a pílula. Estes dados apontam para a existência de variações nas práticas contraceptivas, de acordo com o desenvolvimento sócio-econômico da região.<sup>45</sup> Todavia, não é possível dizer que exista uma relação automática entre grau de desenvolvimento sócio-econômico e não uso de esterilização: basta lembrar que nos Estados Unidos e no Canadá a esterilização feminina e masculina são os métodos mais utilizados, apesar de se dividirem mais entre os outros métodos. Além destas exceções, as estatísticas mostram que a maioria dos países desenvolvidos ainda utiliza muito pouco a esterilização como método contraceptivo.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> Dados da pesquisa BEMFAM/IRD/86 e LERIDON, H. e TOULEMON, L. Op.cit..

<sup>45</sup> BERQUÓ, E., ARAÚJO, M. J. e SORRENTINO, S. *A transição da fecundidade e o Custo em Saúde por parte das mulheres: o caso do Brasil*. São Paulo, CEBRAP, 1994. Na pesquisa BEMFAM/IRD/86 a esterilização é mais freqüente nas regiões mais pobres do país.

<sup>46</sup> Novaes e Biélgemann-Massari mostram que existe uma maior adesão dos países industrializados recentes aos métodos medicalizados, enquanto os países de industrialização antiga, que já realizaram o controle da fertilidade com métodos tradicionais, continuam a manter a prática destes últimos. NOVAES, Simone e BIÉLGEMANN-MASSARI, Michèle. Panorama of

Cabe lembrar que o uso das pílulas pode também ser perigoso à saúde das mulheres e que os riscos que lhes são associados não devem ser omitidos: contraceptivos combinados e seqüenciais estão classificados no grupo I da lista dos produtos cancerígenos IARC, havendo evidências para câncer de seio e de colo de útero.<sup>47</sup> Em contrapartida, costuma-se superestimar o fato de que elas protegeriam as mulheres do câncer ovariano e endométrico. Acidentes cardiovasculares, cérebro-vasculares, trombo-embólicos, hepáticos são associados ao uso das pílulas contraceptivas.<sup>48</sup> A prática da auto-prescrição, no Brasil, aumenta os riscos de uso contra-indicado.

Quanto aos outros métodos hormonais, o Norplant® foi utilizado no Brasil durante o período de 1984-1986 numa pesquisa sob coordenação do Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis (CEMICAMP) da Universidade de Campinas: 20 outros centros foram credenciados em todo o Brasil para realizarem a experiência, tendo 3562 mulheres participado.<sup>49</sup> A pesquisa foi cancelada em 1986 pela Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos (DIMED), devido a uma “série de irregularidades relativas a não observância de critérios mínimos exigidos para a realização de uma pesquisa com seres humanos”.<sup>50</sup>

---

fertility control in the world. In: ROSE, J. (ed.) *Human Population Problems*. Gordon and Breach Science Publishers, 1997. (forthcoming).

<sup>47</sup> IARC-WHO. Oestrogens, Progestins and Combinations. *Monographs Supplement 7*, IARC, Lyon, Scientific publications, 1987.

<sup>48</sup> DOROSZ. *Guide Pratique des Médicaments*. Paris, Ed. Maloine, 1992.

<sup>49</sup> ISRAEL, Giselle e DACACH, Solange. *As rotas do Norplant, desvios da contracepção*. Rio de Janeiro, REDEH, 1993.

<sup>50</sup> DACACH, Solange e ISRAEL, Giselle. Norplant – ciência ou (in)consciência. In: SCAVONE, Lucila. (org.) *Tecnologias Reprodutivas, gênero e ciência*. Op.cit., p.88. Uma das mulheres que se submeteu a esta experiência no Rio de Janeiro teve a menopausa precoce (aos 33 anos) e

Os contraceptivos injetáveis Depo-provera e o Noristerat não são homologados no Brasil. Entretanto, uma combinação de estrógenos e progesterona sob forma de injeções mensais é autorizada e tem venda livre nas farmácias, indicada para “tratamento progestativo”, com uma dosagem muito maior que a recomendada na França, por exemplo. Estas injeções aparecem nas estatísticas nacionais aglomeradas na rubrica “outros métodos” (*billings*, vasectomia, diafragma, métodos vaginais).<sup>51</sup>

Quando a tecnologia contraceptiva falha, as mulheres que não desejam ter (mais) filhos/as recorrem ao aborto clandestino, já que o aborto é ilegal no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde de 1994, o aborto é a quinta causa de mortalidade materna no país. Vianna indica que não só “não existem estatísticas confiáveis para se avaliar a incidência do aborto provado”, como “muitas mortes por aborto são computadas em outras causas de óbito”.<sup>52</sup> Do final da década de 80 em diante, o Cytotec começou a ser muito utilizado no Brasil como abortivo. Remédio indicado para úlcera com a mesma prostaglandina utilizada com o RU486, o misoprostol, seu uso generalizou-se de tal maneira que sua venda, antes livre, passou a ser controlada. Atualmente ele é vendido clandestinamente, aumentando os riscos de falsificações do produto e, evidentemente, os riscos no seu uso. As mulheres brasileiras o utilizam de formas diversas e, muitas vezes, sem critérios na dosagem: a principal complicação do seu uso é a hemorragia

---

entrou com um processo judicial contra a clínica da BEMFAM que lhe fez o implante. FARIA, Marinete de Souza. NORPLANT um caso exemplar sobre a ausência da ética num experimento em seres humanos. *Simpósio Bioética e Procriação Humana, Diálogos com o Feminismo*. Op.cit., p.147-150.

<sup>51</sup> SCAVONE, L. *et alii*. Op.cit.

<sup>52</sup> VIANNA, Lucila Amaral C. Epidemiologia do Aborto. In: SCAVONE, L. (org.) *Tecnologias Reprodutivas, gênero e ciência*. Op.cit., p.132.

uterina que seguidamente leva à hospitalização.<sup>53</sup> Cabe lembrar que seu custo gira em torno de um salário mínimo, mais ou menos 100 dólares.

Todos estes dados, conjugados à tendência mundial da consolidação da esterilização como prática contraceptiva, mostram que entre os contraceptivos mais pesados no Brasil foi a esterilização que obteve maior sucesso, provavelmente por ser o mais oferecido no mercado e pelo fato de seus efeitos colaterais não serem tão evidentes.

### **As tecnologias conceptivas**

As pesquisas na área das tecnologias que possibilitam a reprodução fora da relação heterossexual se desenvolveram buscando resolver problemas da infertilidade humana; entretanto, a sofisticação que alcançaram criou um verdadeiro mercado de procriação, ampliando o campo das pesquisas com embriões.<sup>54</sup> A inseminação artificial intra-conjugal (IAC) ou a inseminação artificial com doador de esperma (IAD), a fecundação *in vitro* (FIV) – com o nascimento de bebês de proveta – envolve uma série de novos atores na reprodução, entre os quais os médicos, os doadores anônimos de esperma, as mães de aluguel, extrapolando a relação do casal. Além disso, as novas tecnologias de concepção (NTCs) possibilitaram situações antes presentes só na ficção científica, como maternidade e paternidade pós morte, gravidez na menopausa, clonagem de

---

<sup>53</sup> BARBOSA, Regina e ARILHA, Margareth. A Experiência Brasileira com o CYTOTEC. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, vol.1, nº 2, 1993, pp.408-417.

<sup>54</sup> LABORIE, F. Rapports Sociaux des Sexe dans les Nouvelles Technologies de la Reproduction. *Cahiers Du Gedisst.* Paris, IRESCO/CNRS, nº 3, 1992, pp.29-36. TESTART, J. *Le Magasin des Enfants*. Paris, François Bourin, 1990.

seres humanos<sup>55</sup>, entre outras, dando margem a problemas éticos e sociais consideráveis.<sup>56</sup>

As conseqüências das NTCs para a saúde das mulheres e das crianças foram analisadas detalhadamente por Laborie no processo de bloqueio e depois estimulação ovariana, punção dos óvulos fecundados, transferência dos embriões, gravidez e parto.<sup>57</sup> Ela verificou, na sua pesquisa, perda da densidade óssea, formação de quistos ovarianos, reações anafiláticas. A estimulação ovariana, segundo a autora, provoca patologias iatrogênicas (isto é, doenças causadas pelo tratamento médico e/ou uso de medicamentos) que podem ser a causa da esterilidade. Laborie mostra os inúmeros efeitos da Síndrome da Estimulação Ovariana, cujas conseqüências mais graves seriam acidentes cérebro-vasculares, torção dos ovários, função anormal do fígado, trombose das veias profundas. Cita os riscos de cânceres diversos ligados a uma medicação à base de estrógenos, lembrando, conforme Palmund, o longo período de latência das doenças causadas pelos estrógenos (cerca de 20, 30 anos) e os inúmeros estudos que buscam verificar a incidência destas doenças como “uma indicação do fato que a prevalência das

---

<sup>55</sup> OLIVEIRA, F. Expectativas, Falências e Poderes da Medicina de Procriação: Gênero, Racismo e Bioética. In: SCAVONE, L. (org.) *Tecnologias Reprodutivas, gênero e ciência*. Op.cit., pp.185-198. ROTANIA, A. O projeto Genoma Humano: desafios éticos da biologia moderna. *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, nº 1, jan/jun 1993, pp.3-16.

<sup>56</sup> NOVAES, Simone. e SALEM, Tânia. Recontextualizando o embrião. *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, nº 1, 1995, pp.65-89.

<sup>57</sup> LABORIE, Françoise. Procréation artificielle: santé des femmes et des enfants. In: MASUY-STROOBANT, G. *et alii. Santé et Mortalité des Enfants en Europe: Inégalités Sociales D’Hier et D’aujourd’hui*. Paris, L’Harmattan, 1996, pp.477-500.

doenças iatrogênicas não é insignificante”.<sup>58</sup> Para os bebês os riscos relatados não são menores: alta incidência de prematuridade, mortalidade neo-natal e defeitos físicos importantes.

No Brasil, segundo Arilha, os serviços de NTCs estão aumentando: passaram de 6 clínicas em 1982 (metade no Estado de São Paulo), para 44 clínicas em 1994. Destas, 23 delas estão no Estado de São Paulo, 9 no interior e 14 na capital, as outras clínicas estão espalhadas em 10 capitais; são clínicas particulares ou ligadas às universidades.<sup>59</sup> A existência de clínicas públicas dá a possibilidade também para a população de baixo poder aquisitivo ter acesso a esta tecnologia. Cabe lembrar que estes serviços não estão dando conta da demanda deste setor da população: os casais esperam até dois anos para conseguirem obter o procedimento.<sup>60</sup>

Um dos paradoxos da prática das NTCs no Brasil é sua coexistência com uma política de controle demográfico. Ademais, os programas de esterilização em massa das mulheres brasileiras já estão gerando uma demanda potencial das mulheres esterilizadas pela reprodução assistida (e, também, das

---

<sup>58</sup> PALMUND, I. Risk evaluation and estrogens. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, vol.2, pp.321-342 *apud*. LABORIE, F. Op.cit., p.487.

<sup>59</sup> ARILHA, M. Desejo da Maternidade, Tecnologias Conceptivas e o Estado: rápidas considerações. In: SCAVONE, Lucila. (org.) *Tecnologias Reprodutivas, gênero e ciência*. Op.cit., pp.199-204.

<sup>60</sup> Segundo informação de um médico destes serviços. Existe também um patamar mínimo de renda para os casais obterem o procedimento com o intuito de evitar demanda daqueles que não tenham condições de manter uma criança.



mulheres que ficaram estéreis em consequência do uso de contraceptivos pesados).<sup>61</sup>

Estes fatos indicam, no contexto brasileiro, ampliação da oferta e também maior procura pelas NTCs, mostrando a adesão das mulheres (e dos homens) a esta solução tecnológica. Além disso, eles incitam o debate para o esclarecimento do saldo social e individual deste avanço, considerando todos os riscos relatados. Sua reivindicação como direito, feita por uma corrente do feminismo, parece-me prematura, pois desvia do debate principal que, ao meu ver, deve ser feito em torno das condições de experiência das NTCs, das questões éticas que implicam e de suas consequências à saúde das mulheres.

### **O ciclo das tecnologias reprodutivas: o corpo distanciado**

Com a expansão das tecnologias reprodutivas a experiência da maternidade (em alguns casos, da paternidade) passou a ser cada vez mais mediada pelas técnicas disponíveis, que por sua vez são arbitradas pela medicina (pelos médicos) e pela ciência em geral.<sup>62</sup> Entre os métodos relatados, a pílula, com sua ingerência quotidiana, faz com que as mulheres tenham ainda algum controle sobre a fertilidade de seus corpos. Os outros métodos como o DIU, a esterilização, implantes ou injeções agem sem que as mulheres necessitem lembrar-se deles,

---

<sup>61</sup> SCAVONE, Lucila. Impactos das Tecnologias Médicas na Família. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, CEBES, nº 40, setembro de 1993, pp.48-53.

<sup>62</sup> DE KONINCK, Maria. La gestion Biomédicale du corps des femmes: un progrès? In: BAUCHARD, L. e COHEN, D. *Médicalisation et controle social*. Le Cahiers Scientifiques, ALFAS, Montréal, 84, 1995, pp.33-42. A autora levanta a hipótese de que a adesão das mulheres à “gestão biomédica do corpo” significa a busca por um controle de suas vidas e futuro, a afirmação de uma nova situação social.

afastando-as de seus corpos: a fertilidade passa a ser controlada pela tecnologia utilizada.

Neste processo está embutida a lógica de adesão à modernidade, que se desdobra em inúmeras conseqüências na vida quotidiana. Implica, entre outras coisas, diminuir o número dos filhos/as, mas também continuar a tê-los/as; solucionar problemas ligados a projetos de vida, a desejos profundos e ao próprio corpo, corpo este que é objeto por excelência destas tecnologias. Implica, em última instância, ceder à lógica do tempo industrial, da eficácia, dos resultados imediatos.

No caso do Brasil, esta adesão indica também a entrada das mulheres brasileiras ao que denomino ciclo das tecnologias reprodutivas: contracepção medicalizada, parto cirúrgico, esterilização e reprodução assistida. O elo deste encadeamento se faz através de uma mesma razão, a de que existe uma solução tecnológica para a reprodução humana: não querendo filhos/as, as mulheres (e seus companheiros) recorrem às tecnologias contraceptivas; ao tê-los, recorrem ao parto cirúrgico; ao querê-los recorrem às tecnologias conceptivas. Este ciclo se constrói, também, a partir da constatação de que o uso de uma tecnologia pode gerar a necessidade do uso de outra: por exemplo, o aumento da esterilização no mundo e a sua alta taxa no Brasil, entre mulheres jovens, pode provocar uma busca mais freqüente pela concepção artificial, alimentando o consumo da reprodução assistida. Entretanto, esta adesão é permeada pelas profundas desigualdades sociais existentes no país, expressas, neste caso, no acesso desigual aos serviços de saúde e às tecnologias de ponta.

Além disso, a imposição das técnicas de controle a que se referem Habermas e Marcuse<sup>63</sup> seria efetivada, no caso das tecnologias reprodutivas, pelo estabelecimento de um modelo médico-científico para a reprodução humana. Este processo

---

<sup>63</sup> MARCUSE, Herbert. *apud* HABERMAS, Jürgen. Op.cit.

implicaria na adesão ao modelo dominante, mas também na recusa ao mesmo, conforme mencionei inicialmente. Neste sentido, chamo atenção para as mulheres que não se esterilizam, não fazem parto cirúrgico, amamentam seus filhos/as, indicando-nos que a tendência dominante da razão tecnológica não se dá sem contradições, seja por ausência de condições objetivas de colocá-la em prática, seja por motivos subjetivos e/ou culturais, religiosos, sociais, políticos que podem impossibilitar seu uso.

Se as opções tecnológicas contraceptivas e conceptivas aumentaram em número, não o fizeram ainda em qualidade e alcance. Espalharam-se, mas não de forma unânime: experiências de cada país e região impossibilitam a emergência de um único padrão de reprodução<sup>64</sup>, o que reafirma a idéia de que embora as práticas reprodutivas se imponham em quantidade no mercado elas devem ser analisadas, também, no plano da intersubjetividade, isto é, daqueles/as que as utilizam.

Entretanto, apesar de todas as contradições deste processo, o padrão tecnológico dominante tende a se impor – através de um modelo de sociedade que se pretende universal – transformando a vida privada das pessoas, conforme colocou Giddens.<sup>65</sup> Como exemplo, é possível dizer que o planejamento seguro dos nascimentos modificou a vida de milhões de mulheres (e casais) em todo o planeta.

Por outro lado, se os avanços da contracepção contribuíram para separar a sexualidade da reprodução, dando maiores possibilidades às mulheres para conquistar uma autonomia social e econômica, eles trouxeram consigo também

---

<sup>64</sup> Toulemon e Leridon acreditam que as barreiras políticas, jurídicas e culturais estão caindo rapidamente e que a difusão rápida acompanhará uma diminuição de diferenças entre os diversos países, em direção a um padrão universal e único de reprodução. TOULEMON, H. et LERIDON, L. Op.cit.

<sup>65</sup> GIDDENS, Anthony. Op.cit.

o estigma da doença à fecundidade. A contracepção moderna, além de tratar a fecundidade como doença, provocou, por sua vez, inúmeras doenças decorrentes dos próprios medicamentos que ela utilizou. Além disso, as NTCs conseguiram separar definitivamente a sexualidade da reprodução e tirar das mulheres o papel de principais autoras da reprodução, apesar de seus corpos ainda continuarem sendo o caminho principal para chegar à vida.

### **Concluindo**

A prática destas tecnologias é reveladora das desigualdades sociais e sexuais, as quais o modelo de sociedade globalizada tenta mascarar. Situações de maiores riscos à saúde das mulheres ficam evidenciadas no contexto brasileiro que não oferece serviços de saúde de qualidade, onde as usuárias que não tiveram acesso à instrução, dificilmente terão acesso à informação: usam as pílulas sem receita médica, são cobaias de experiências de novos produtos contraceptivos, ou ainda, utilizam indiscriminadamente o Cytotec como abortivo.

Ressaltam-se, assim, as contradições do consumo das tecnologias reprodutivas na sociedade brasileira: de um lado, elas possibilitam às mulheres a livre escolha da maternidade e uma maior autonomia individual; de outro lado, elas têm conseqüências para a saúde das mulheres que são minimizadas por razões econômicas, sociais, políticas, demográficas e subjetivas. Razões estas que, por sua vez, estimulam o uso destas tecnologias.

Os limites da autonomia individual na escolha destas tecnologias são dados pelas próprias desigualdades sociais e sexuais que refletem a exclusão social e a dominação masculina: os métodos pesados, considerados mais eficazes, são oferecidos como panacéia dos males sócio-econômicos às camadas desprovidas da população, atingindo o corpo e a saúde das

mulheres. Do mesmo modo, a pequena e controlada oferta das técnicas conceptivas, em clínicas públicas às mulheres de baixo poder aquisitivo, cria a ilusão do acesso igualitário a um procedimento de ponta que, pelo seu alto custo no setor privado de saúde, torna-se simbolicamente valorizado.

É importante lembrar que as transformações ocorridas nos padrões de maternidade e de parentalidade (pais e mães) nas sociedades industrializadas do norte são igualmente observáveis no Brasil: elas também definem a demanda pelos métodos contraceptivos modernos e pela reprodução assistida. Entretanto, a busca pela realização da maternidade (e/ou da parentalidade) não se faz sem conflitos: desde a decisão de querer ou não querer filhos/as até o assumir os efeitos secundários na saúde pelo uso das tecnologias reprodutivas disponíveis, às mulheres percorrem uma trajetória que as coloca no clássico dilema vida familiar x vida profissional e continuam sendo as principais artífices deste processo. Nesta trajetória, os conflitos (sobretudo para as mulheres que estão mais informadas) se manifestam em torno da escolha do melhor método, das pressões sociais para utilizá-lo, da culpabilidade que podem sentir, por não terem aderido às tecnologias oferecidas, ao ficarem grávidas sem o desejarem.

Observando todos os dados acima, verificamos também a invisibilidade dos homens. Nas relações de gênero, a prática da contracepção ou da concepção só lhes diz respeito no que tange às questões afetivas: os novos produtos oferecidos no mercado são dirigidos às mulheres. Com exceção da camisinha que aparece cada vez mais nas estatísticas gerais como método contraceptivo devido às campanhas de prevenção da AIDS e, em alguns países, da esterilização masculina, a contracepção masculina continua encontrando muitas dificuldades de avançar. Com isto reafirmo a idéia de que estas tecnologias são direcionadas quase exclusivamente para as mulheres, embora a

Tecnologias Reprodutivas...

produção, a difusão e o controle das mesmas estejam majoritariamente com os homens.

Esta constatação evidencia que as relações de gênero, na vivência da sexualidade e da reprodução, estão marcadas pela prática desigual das tecnologias reprodutivas: as mulheres continuam assumindo as questões reprodutivas, vivendo antigos conflitos na decisão da maternidade, apesar das inúmeras técnicas oferecidas no mercado. A ampliação da oferta cria a ilusão de que é possível escolher, aumentando os conflitos e a responsabilidade das mulheres no que tange à reprodução. Além disso, esta livre oferta esbarra nas profundas desigualdades sociais existentes no Brasil, que limitam a autonomia dos indivíduos.

Todas essas questões nos levam a reiterar a importância da ampliação do debate público sobre as vantagens e desvantagens destas tecnologias, suas condições de uso, suas implicações subjetivas, sociais e éticas, buscando fornecer elementos para tornar exequível a noção de cidadania reprodutiva.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> Agradeço a Simone Novaes e Elisabeth Bortolaia Silva pelos comentários e sugestões à primeira versão deste artigo, os quais contribuíram para tornar mais clara minha proposta inicial.