

Juntando informação, calculando resultados: percepções e trajetórias diversas na produção do desejo de filhos

Pedro Nascimento

Doutor em Antropologia pela UFRGS.

Professor do Instituto de Ciências Sociais da Universidade Federal de Alagoas.

RESUMO:

O artigo foca como o discurso da biomedicina, pautado por uma linguagem e lógica específicas, aparece nas trajetórias de casais que recorrem a serviços de reprodução assistida. A partir de pesquisa etnográfica realizada no sul do Brasil observa-se como esse discurso é incorporado ou não pelos sujeitos da pesquisa. Além disso, objetiva-se evidenciar como a forma de divulgação de certas informações pelos profissionais de saúde muitas vezes gera perplexidade e distanciamento por parte das pessoas que recorrem aos serviços de saúde. Leva-se em conta que as diferentes compreensões podem estar ligadas a classe e formação escolar, mas não podem ser definidos completamente por estes elementos. Ao tratar das diferenciadas percepções de termos, conceitos, tempos e lógica da biomedicina, será pontuada também a relação entre conhecimento e fé na construção da crença no sucesso dos procedimentos de reprodução assistida. Para todos esses elementos é central a percepção, por parte dos usuários, da hierarquia que pauta suas relações com os profissionais de saúde e como o domínio da linguagem médica pode reforçar, muitas vezes, essa desigualdade.

ABSTRACT: *Gathering information, calculating results: different perceptions and trajectories in the production of desire for children*

This article focuses how the specific language and logic of biomedicine appear in the paths of couples who use assisted reproduction services. Based on ethnographic research conducted in Southern Brazil is observed how this discourse was embedded or not by the research subjects. Moreover, the objective is to show how the release of certain information by health professionals may create perplexity and estrangement from people who use health services. It is noted that the different understandings can be related to class and educational background, but can not be fully defined by these elements. When dealing with different perceptions of terms, concepts, time and logic of biomedicine, is also considered the relation between knowledge and faith in the construction of belief in the success of assisted reproduction procedures. It is possible to see how users of health services realize the hierarchy that bases its relationships with health professionals and as the control of medical language can reinforce this inequality.

RESUMEN: *Aglutinando informaciones, computando resultados: percepciones y trayectorias diversas en la producción del deseo de tener hijos*

El artículo tiene como foco el discurso de la biomedicina, propio de un lenguaje y lógica específicos que se manifiesta en las parejas que acuden a los servicios de reproducción asistida. A partir de una investigación etnográfica realizada en el sur de Brasil, se observa como tal discurso puede ser o no incorporado por los sujetos de investigación. También se objetiva evidenciar que la divulgación de ciertas informaciones por el personal de salud genera, muchas veces, perplejidad y distanciamiento en las personas que recorren a los servicios de salud. Se lleva en cuenta, además, que estas diferentes comprensiones pueden estar asociadas a la clase y formación escolar, pero no pueden definirse completamente por estos elementos. Al tratar de las diferentes percepciones de los términos, conceptos, tiempo y lógica de la biomedicina, se marca también la relación entre conocimiento y fe en la construcción de la creencia del éxito en los procedimientos de la reproducción asistida. Para todos esos elementos es central la percepción por parte de los usuarios de la jerarquía que marca sus relaciones con el personal de salud y como muchas veces el dominio del lenguaje médico podría reforzar esa desigualdad.

INTRODUÇÃO

O contexto da pesquisa e as questões centrais

As reflexões trazidas aqui foram inicialmente formuladas durante pesquisa realizada no doutorado em antropologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul entre os anos de 2006 e 2008. Preocupava-me particularmente em entender a forma de disseminação de serviços de Reprodução Assistida (RA) em contextos marcados pela desigualdade e os sentidos atribuídos a essas tecnologias e à experiência da “ausência involuntária de filhos”¹. Inseria-me, assim, em um conjunto de estudos que vem se desenvolvendo nos últimos anos no Brasil e tem as chamadas novas tecnologias reprodutivas conceptivas como foco^{2,3,4,5,6,7,8}. Para isto foi feita uma investigação junto àqueles que, a princípio, não eram os usuários das clínicas privadas de reprodução assistida o que me fez ter contato com serviços percebidos e divulgados como sendo financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para o desenvolvimento da pesquisa foi necessário levar em conta dois aspectos centrais. Por um lado, pensar o desejo de filhos articuladamente com a produção de discursos médicos, farmacêuticos e governamentais sobre a garantia do acesso a saúde (pensado como um direito) aos que não podiam pagar as clínicas privadas. A partir do acompanhamento de trajetórias e experiências particulares de sujeitos que buscavam serviços de RA, principalmente, em

um hospital escola de Porto Alegre¹ comeci a refletir como essa demanda – por serviços de RA “pelo SUS” - poderia estar sendo satisfeita e ao mesmo tempo produzida. Por outro lado, a partir da pesquisa em unidades de saúde em duas comunidades da periferia de Porto Alegre, foi possível perceber como outras pessoas lidavam de forma diversa com a “ausência de filhos”, não recorrendo necessariamente a esses serviços.

A partir desse contexto de pesquisa, discutirei neste artigo como o discurso da biomedicina, pautado por uma linguagem e lógica específicas, era percebido nas trajetórias de diferentes casais sendo ou não incorporado por esses sujeitos. Refletirei como noções ligadas à idéia de avanço científico e tecnológico são vivenciadas na dinâmica da busca por serviços de saúde destacando quais são os maiores conflitos e dificuldades na assimilação dessas realidades. A idéia é apresentar formas diferenciadas de compreensão, mas também evidenciar como determinadas informações são viabilizadas pelos profissionais de saúde e possível geração de perplexidade e distanciamento das informações a serem assimiladas por parte das pessoas.

Sem querer fazer caricatura de uma “incapacidade” de compreensão por parte de alguns usuários do serviço acentuarei como essa compreensão é traduzida nos termos daqueles que contatam os

¹ Optei por omitir o nome oficial das instituições pesquisadas com vistas a não identificar diretamente os profissionais referidos ao longo do texto. Esse hospital principal onde a pesquisa inicial foi realizada será referido apenas como o *Hospital*. O segundo serviço de saúde mais reportado pelas pessoas e que muitas vezes é contraposto em termos de qualidade ao *Hospital*, será identificado como a *Fundação*.

serviços de saúde. Como todos os números, probabilidades, percentuais e receituário são percebidos e compreendidos? Será levado em conta que esses perfis diferenciados podem estar ligados a marcas de classe e formação escolar, mas não podem ser definidos completamente por estes elementos. Ao tratar das diferenciadas percepções de termos, conceitos, tempos e lógica da biomedicina, será pontuada também a relação entre conhecimento e fé na construção da crença no sucesso dos procedimentos de reprodução assistida.

Subjaz a essas falas não apenas uma disputa sobre conteúdos e conceitos, mas uma compreensão do que é o SUS ou, em termos mais gerais, o que deveria ser o serviço de saúde pública na visão dessas pessoas, e o que se considera como desafios para lidarem com os serviços de saúde. O foco será menos a busca de uma lógica específica e mais os caminhos e desafios enfrentados pelos que recorrem aos serviços. Para todos esses elementos será central a percepção por parte dos usuários da hierarquia que pauta suas relações com os profissionais de saúde e como o domínio da linguagem médica pode reforçar, muitas vezes essa desigualdade.

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

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

corredores do hospital era possível ouvir conversas sobre “*quantos por cento de chance o médico disse que tem*”, para muitos que estavam mais afastados dessa rotina, cálculos percentuais pareciam ou não fazer qualquer sentido, ou ganhavam sentidos bastante diferenciados. Por um lado, esses percentuais eram manipulados de diferentes formas por médicos e usuários dos serviços e, por outro, pareciam uma realidade muito distante, associada a um processo de mimetização do discurso médico. Embora esse artigo foque principalmente as trajetórias das pessoas que conheci nas comunidades, serão retomadas algumas situações de casais contatados na primeira fase da pesquisa a partir das quais discutirei a forma como a lógica e a dinâmica das tecnologias são percebidas.

O caminho percorrido pelas pessoas em busca desses serviços especializados, embora com tempo e contornos variados, comporta elementos comuns que identifiquei como tendo três etapas principais: a fase da ambivalência – momento da descoberta da “*dificuldade para ter filho*” e de decisão se recorreriam ou não aos serviços de saúde; a fase da busca – momento de tomada de decisão de recorrer a esses serviços em diferentes locais a partir dos conhecimentos e recursos que se tinha; e a fase “*luz no fim do túnel*” – quando se identificava a existência de um serviço “*pelo SUS*” (o Hospital, na maioria das vezes) ao qual os que não podiam pagar as clínicas privadas recorreriam⁹. Embora sendo percebido pelas pessoas como sendo um serviço gratuito “*pelo SUS*”, razão principal pela qual disseram recorrer ao Hospital, era necessário o investimento

para compra dos medicamentos necessários à realização de Fertilização in vitro, por exemplo. A dificuldade de conseguir esses recursos era apontada como o maior desafio nessa trajetória.

A apresentação dessas etapas coincide em vários pontos com a dinâmica definida pelo Hospital para o acesso dos casais: a) consulta de um ginecologista no Posto de Saúde com encaminhamento para um serviço especializado; b) uma primeira consulta em um hospital, em geral em Porto Alegre; c) realização de uma bateria de exames de investigação de infertilidade e exames sanitários e d) escolha da técnica a ser utilizada e realização do procedimento¹⁰. No entanto, abordo essas trajetórias do ponto de vista dos casais que as percorrem sem que haja necessariamente uma passagem por todas essas etapas nem que sejam experimentadas sempre da mesma forma.

Na rotina de atendimento do serviço de reprodução assistida do Hospital foi instituída a figura de uma enfermeira que teria a função de traduzir as receitas dos medicamentos com vistas à realização dos procedimentos para os casais aos quais tivesse sido indicado tratamento de Inseminação Artificial (IA), Fertilização in Vitro (FIV) ou Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI). Essa consulta foi sempre referida pelas pessoas como sendo um momento importante para tirar dúvidas não só sobre o tratamento, mas também sobre o pagamento dos medicamentos e os locais onde poderiam ser comprados direto dos representantes. De fato, o tratamento como um todo, e, nesse momento, as reações à receita em particular, eram

descritas como “*um pavor*” e apontavam para a convivência com realidades muito complexas. A regra era de casais com sérias dificuldades de entenderem a forma como os medicamentos deveriam ser usados e o desenvolvimento do tratamento.

Muito menos comum eram casais como Cleiton e Deise (36 e 31 anos, respectivamente; ele cursava Administração de Empresas e era desenhista em uma metalúrgica; ela havia concluído o ensino médio e trabalhava em uma fábrica de tecidos) que somando uma formação universitária ao desenvolvimento de meios alternativos de pesquisa e informação, como a internet, conseguiram elaborar questões nos termos dos profissionais com quem dialogavam. Cleiton disse que quando chegaram para a consulta com a enfermeira já estavam “*com tudo encaminhado, já tinham até encomendado o remédio*”. Frente a minha surpresa, Deise falou rindo que “*na verdade, no dia da consulta eu já tinha tomado o remédio. Eu disse ‘Dra Sílvia, eu já dei minha baforadinha hoje’*”. Cleiton me explicou: “*É o seguinte, a gente sabia que o remédio tinha que regular com a menstruação dela e no dia da consulta era o primeiro dia da menstruação, aí a gente começou logo...*”. Deise confirmou: “*A gente pensou ‘não vamos perder um mês de novo’...*”. Eu perguntei como foi a consulta “*lá em Sílvia*” e Cleiton falou lisonjeado que a enfermeira lhes dissera: “*Ah, vocês são muito esclarecidos. Tem gente que chega aqui e não sabe de nada do tratamento.*”.

Para a grande maioria das pessoas, porém, essa primeira etapa de decifrar o tratamento e iniciá-lo não era vista de forma simples. Apenas três casais referiram um

maior domínio desses procedimentos. Eram todos universitários e haviam pesquisado na internet informações complementares. Uma vez vencidas essas dificuldades, abria-se espaço para um nível diferenciado de questionamentos, onde se destacava a intenção de se saber as chances de sucesso do tratamento, como Deise me falou que perguntaram à enfermeira:

A gente até fez um questionamento para ela sobre o percentual das pessoas que chegam lá, como é o resultado...”
Cleiton: *“A gente perguntou ‘digamos que no hospital vocês atendem 50 mulheres por ano... cinco delas engravidam... é assim, um cálculo de 10% de sucesso? É um cálculo tão simplificado assim ou depende, por exemplo, do caso, se tem mais idade... quais as variáveis...? Por exemplo, a gente queria saber assim ‘Deise tem 31 anos, mas tem endometriose. Outra mulher pode ter 39 anos, mas não tem nenhum problema... Nesse caso, qual das duas tem mais chance? Ela disse que depende de tudo isso aí...”*

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

Assim, embora fosse se configurando inegável que uma maior escolaridade e proximidade do universo médico ajudavam na compreensão do tratamento e dos percursos a serem seguidos, isto não parecia suficiente para entender as angústias e

incertezas com que outras pessoas se deparavam. Por exemplo, vejamos o caso de Regina. Ela foi uma mulher que conheci enquanto se preparava para uma tentativa de FIV no Hospital. Ela tinha curso técnico em Química, trabalhava em um laboratório de análises clínicas e cursava Artes numa importante universidade privada do Rio Grande do Sul. Sua fala era de perplexidade por ter feito duas inseminações artificiais por “erro médico” que deveria ter iniciado a medicação para FIV na segunda tentativa. Durante toda a nossa conversa, ela focou as informações que não havia recebido e as dúvidas que ainda permaneciam. Neste trecho a seguir, de meu diário de campo, pode-se pensar como apenas a escolaridade não era definidora para marcar a forma como iria se lidar com as informações:

Nessa última consulta que eu fui agora mesmo, a médica passou um remédio bem baratinho, é um remédio para hepatite também, mas ele é para ovário policístico... A Dra. Ana disse que ia ajudar. (Como é o nome mesmo do remédio?) Clifage. É um remédio bem baratinho. Eu comecei a tomar no dia primeiro de março; no dia sete de março eu menstruei, mas até agora não menstruei mais... (E tu achas que tem a ver com esse remédio?) É, pode ser, eu estou confiante... Eu sempre tive minha menstruação muito irregular, mas eu nunca tomei nada, mas agora pode ser... Eu fico torcendo... (Tomara, Regina) Isso tudo é muito difícil [com os olhos cheios de lágrimas]. Eu já cheguei a dizer que eu não presto para nada... (Por que Regina?). Porque eu acho, a gente sempre acha que uma mulher tem que ter um filho, é como se a gente fosse incompleta porque não tem um filho. A gente fica preocupada de não ter continuidade... Eu estou fazendo mais essa tentativa, mas hoje em dia, se der, vai ser a última... Mas eu estou mais confiante... A doutora Ana disse ‘esse remédio vai te

regularizar’...

O número de vezes que Regina repete estar “mais confiante” vai sinalizando como, em meio às incertezas do caminho, é a crença nos medicamentos, nos médicos, na ciência que vai dando o sentido dessa busca e construindo os elementos para a continuidade. Eu perguntei se alguém havia indicado algum outro medicamento antes e Regina afirma: “*Não, só o primeiro ginecologista que eu procurei; ele dizia que eu tinha que tomar só uma cápsula da pílula que podia ajudar, mas eu nunca entendi direito*”. Quando ela diz mais uma vez “*não entendi direito*” eu chamo a atenção para a forma como ela fala de sua compreensão:

(Regina, tu sempre falas ‘eu não entendi’, ‘eu não sei...’ por que tu falas assim? Eu fico pensando... Porque tu trabalhas um pouco nessa área, tu deves saber um monte de coisas, mais que outras pessoas que vão lá no Hospital...)². É porque cada médico diz uma coisa... E é tanto médico que eu já não sei mais o que pensar, em quem acreditar... Por isso que agora com a Dra. Ana se ela disser, se ela disser assim, desculpa a expressão, se ela disser ‘merda’ eu vou lá e tomo.

Assim como no caso de Regina, muitas vezes, os casais que contatei no Hospital já vinham de tentativas mal sucedidas. Muitos deles referiram explicitamente outro serviço que apareceu em vários casos como uma etapa anterior à entrada no Hospital, que chamei de a Fundação. Havia, por um lado, uma reclamação dos serviços por onde haviam passado e um lamento pelo sofrimento e angústia, por conta desse percurso, e, por outro, uma renovação

² Nos diálogos, a fala do pesquisador aparecerá entre parênteses. Este recurso tem o fim de facilitar o acompanhamento das citações e não implica em uma distinção entre os sujeitos.

de todas as esperanças para a tentativa seguinte. Nessa expectativa, a crença nos procedimentos a serem realizados era reforçada e um conjunto de comparações com outros casos considerados mais graves que o seu era feito.

Marina e Damião haviam realizado duas tentativas de Inseminação Artificial mal sucedidas, razão pela qual haviam se endividado em doze mil reais junto a um banco e ao sogro de Damião. Ambos concluíram o ensino médio; Damião tinha 38 anos e era operário em uma fábrica que processa chumbo. Marina tinha 46 anos e era dona de casa.

No trecho de nossa conversa a seguir, que aconteceu em sua casa na região metropolitana de Porto Alegre, é possível ver os critérios a partir dos quais a confiança no êxito do tratamento se estabelecia. Estes não se referiam necessariamente a um conhecimento específico dos procedimentos, mas a outros elementos, onde a crença se destacava:

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

que a gente vê que tem chance.

Apesar de sua idade, avançada segundo a lógica das tecnologias a que estavam recorrendo, e do histórico de tentativas mal sucedidas, Marina enfatizava a possibilidade de sucesso com base na diferença da qualidade do serviço a que finalmente teriam tido acesso. Esta era uma avaliação geral, a melhor qualidade desse serviço em relação ao anterior. Porém é o fato de ver outras mulheres engravidarem que faz Marina acreditar que com ela também poderá acontecer. Mesmo sabendo que as chances eram pequenas e afirmando que só tentariam mais uma vez, a esperança se reacendia.

Como venho argumentando, a compreensão do que configura as chances se apresenta de forma particular conforme as circunstâncias. Essa crença na ciência e nos médicos e, ao mesmo tempo, o reconhecimento de sua falibilidade é, segundo Sarah Franklin, parte importante das demandas contraditórias que as tecnologias reprodutivas apresentam: “acreditar o suficiente, mas não demais; tentar o seu melhor, mas saber que está num jogo; dar sentido ao inexplicável; acreditar em milagres”¹¹.

Marta e Ciro tinham 42 e 43 anos, respectivamente, e eram proprietários de uma pequena oficina de eletrônicos no centro de Porto Alegre. Ciro fez curso técnico de eletrônica e começou a cursar Física, desistindo depois e Marta concluiu o ensino médio. Quando conversei com eles, em sua oficina, particularmente Ciro fez um longo discurso do que entendia serem as chances

de sucesso dos tratamentos. Sem entender muito as razões para isso, Ciro achava que os médicos e clínicas em geral não divulgavam os reais índices de sucesso que, em sua opinião, seriam muito mais altos. Invertendo a dúvida que muitas feministas e críticos das tecnologias reprodutivas têm sobre a divulgação baseada apenas nos casos que dão certo, Ciro perguntava “onde é que estão esses casos que não dão certo?” Parecia não lhe ocorrer que são apenas os resultados positivos das clínicas, os “milagres” que são divulgados:

Eu não sei, mas eu acho que esses laboratórios são meio um cartel, não pode ser um medicamento tão caro... E isso tudo ainda os médicos dizem que só tem uma chance de uns 20% de dar certo. (Os médicos deixaram isso claro pra vocês?) Sim, eles falam em vinte por cento, mas eu não consigo acreditar que seja só isso. É muito baixo, não pode ser... Eu não seria capaz de investir todo esse dinheiro numa coisa que eu soubesse que só tinha vinte por cento de chance de dar certo. Porque vê... Se são vinte, então quer dizer que de cada cinco tentativas só uma pode dar certo... Isso é uma loteria... Eu não arriscaria numa coisa dessas. Deve ter algo errado aí... Eu não sei por que eles falam nesse número, mas não pode ser verdade. Deve ser para ver se a pessoa desiste logo. Você pensa... ‘se eu só tenho vinte por cento de chance de conseguir eu não vou fazer isso...’. (Tu achas que é mais, Ciro?). Certamente, muito mais. Eu acho que pelo menos uns 60% de chance de dar certo, ou mais... Porque onde é que estão esses casos que não dão certo? O que a gente vê por aí de resultado não bate com esses números... Eu acho que tem pelo menos uns 60% de chance de sucesso. Se eu não achasse isso eu não ia botar 3500 reais em jogo. (Mas os médicos o que é que eles falam?) Marta participa dizendo: Todos eles dizem isso de 20%. A mais otimista foi a Dra. Sílvia. Ela é muito querida, ela disse: ‘Marta, fica tranquila, vai dar tudo certo’.

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

Em todos esses casos, a forma como os números e percentuais eram percebidos e interpretados estava permeada pela crença ou não na forma como estes eram apresentados. Desde uma referência a uma “fé” mais difusa era a crença ou a desconfiança nos médicos, na medicina e na ciência que operava uma maior ou menor possibilidade de dar sentido a uma realidade naquele momento completamente nova para aquelas pessoas. Era essa novidade complexa que fazia com que a expressão “eu saí da consulta doidinha” fosse tantas vezes repetida. Diante dessas dificuldades, o momento de explicação da receita feita por Sílvia, como referido acima, era marcado por todos como de grande importância. Enunciava a forma como a dificuldade de lidar com números e percentuais e também como a especificidade da explicação médica era percebida.

Na mesma oportunidade referida acima em que conversei com Ciro e Marta, perguntei como tinham lidado com as informações na receita e Ciro disse em bom gauchês: *“Bah! Um pavor! Eu olhava aquilo e não entendia nada. Também porque a primeira que deram para a gente era só uma lista. No primeiro dia do ciclo toma não sei o quê, depois espera o próximo ciclo e toma outro... e ainda com os nomes genéricos dos remédios”*. Marta: *“Eu também não entendia nada... Mas agora já foi bem mais claro. Com a Dra [enfermeira] Sílvia já foi mais detalhado e ela ainda explicou com a maior paciência”*. Concordei com Marta dizendo que ouvi de várias pessoas que na consulta com Sílvia

as coisas ficavam mais claras e reforcei também que havia a possibilidade de voltar lá se tivesse dúvidas, como vi várias pessoas fazendo mais de uma vez com a receita para esclarecer, e Ciro diz: *“Imagino, não é para menos...”*.

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

Em alguns casos, a própria lógica matemática parece ser operada de forma diversa, não se articulando aos mesmos sentidos anunciados pelos médicos. O cálculo das probabilidades parece passar por outras ordens, onde parece se articular a maior ou menor dificuldade de entender as explicações médicas e chegar a uma compreensão satisfatória. Muitas vezes a minha insistência com algumas pessoas para narrarem a forma de sua compreensão era profundamente incômoda para mim – e acredito que fosse incômodo também para elas. Por outras vezes, ecoando as observações de Bourdieu¹², me parecia violenta. Quero dizer, era como se fosse uma forma de “checar” algo que eu intuía ou sabia: a forma como elas me narrariam não corresponderia ao cânone médico. Ao mesmo tempo me sugeriam que, da parte de alguns profissionais, estas pessoas não eram consideradas como interlocutoras de fato, o que inviabilizava o estabelecimento de um diálogo efetivo. Meu dilema era até que ponto meu pretendo diálogo era diferente daquele que essas pessoas estabeleciam com os profissionais da saúde.

Tendo isto em mente e sem querer fazer uma caricatura da forma como Nilza me falou de sua compreensão desse processo,

narrarei partes de nossa conversa que me parecem elucidativas da distância dessas duas compreensões. Ao contrário das pessoas referidas até aqui, todas contatadas via Hospital, Nilza foi uma das primeiras pessoas que conheci em uma das comunidades onde me concentrei na segunda fase da pesquisa. É importante que seja com ela que iniciemos nosso contato com as pessoas dessa fase da pesquisa. De todas as pessoas que contatei nas duas comunidades é possível identificar Nilza como sendo a mais “medicalizada”. O que quero dizer com isto? Ela foi das poucas mulheres que, a partir do contato com o serviço comunitário de saúde, havia ingressado no caminho de superação das etapas até chegar ao Hospital e iniciar o processo de investigação das razões porque não engravidara. Ao mesmo tempo, muitas das características de Nilza contrastam com o perfil identificado para as pessoas das comunidades.

Como venho argumentando, a crença como forma de construção do investimento na busca por resposta médica não é especificidade das pessoas contatadas nas comunidades. Nilza era uma mulher de 37 anos, dona de casa, estudou até a quarta série. Como teremos oportunidade de acompanhar na sequência, ela foi uma das pessoas que pude perceber como tendo maiores dificuldades na assimilação da lógica biomédica. Ao mesmo tempo, como acabei de dizer, ela é uma das mais “medicalizadas”, sendo uma das mais resignadas a continuar o processo de investigação. Se para alguns, a crença era construída no ritmo das informações que iam recebendo – confrontando-as ou assimilando-as – a crença

de Nilza era construída ao largo dessas informações. Se os casos de Deise e Cleiton, Marina e Damião e Marta e Ciro podem ser entendidos como de um grupo de *maior compreensão e muita fé* (nos médicos e na técnica), Nilza é ponto de passagem marcado por esses elementos para o seguinte: *menor compreensão e pouca fé* – o que não a fazia, ao mesmo tempo, desistir de “investigar” as razões de não engravidar.

Nilza me contava das informações que havia recebido dos médicos, desde quando ela morava no Paraná e o médico dissera que ela tinha “útero infantil”, o que ela me disse não saber o significado até o momento de nossa conversa. Operava também com a noção de que o médico “inventou um monte de coisas”, para se referir ao que ela não conseguia concordar como, por exemplo, o próprio fato de não poder ter um filho e a possibilidade de este “nascer com problema”. Eu lhe perguntei o que queria dizer ao falar que o médico inventou e ela respondeu: “É, ele disse que o nenê ia nascer com problema, aí nós desistimos”. Depois de alguns anos ela volta ao posto de saúde e é encaminhada novamente ao Hospital, após terfeito outros exames em outra unidade hospitalar. Eram os exames feitos nesse hospital que eles iriam apresentar quando retornassem para a consulta no Hospital.

Eu perguntei a Nilza porque o médico havia falado que a criança que eles viessem a ter poderia “nascer com problema”. Ela fez uma expressão que fazia recorrentemente franzindo a testa e com o olhar disperso pensando em como me explicar e diz: “É... *promode da pouca chance que nós temos, né?!*”... Sobre o que seria essa pouca chance

ela diz: “É porque eu tenho 30% e ele tem 20%... Aí é muito pouca chance para ele, né... para o André...” [seu marido]. Continuando a insistir sobre o que ela considerava pouca chance, pergunto se teria sido o médico quem falara diretamente dessa “pouca chance” e o que ela teria entendido disso. Nilza continua: “Os 20% dele é porque ele tem a... tromoide dele né?”. Peço para ela repetir, pois não entendera a palavra que ela tinha usado e Nilza parece angustiada para explicar: “Ah... como é que eu vou te dizer”... Colocando as mãos no rosto como se procurasse uma palavra. Eu digo que ela não precisa ficar preocupada e poderia falar da forma como tinha entendido, acrescentando que eu não era médico e também não entendia bem todos aqueles assuntos. Nilza continuou: “Os médicos disseram que ele tem... os que ele tem são muito bobinho...”. Pelo fato de ter ouvido anteriormente a expressão “espermatozóide bobinho”, eu imagino que ela está tímida de falar a palavra espermatozoide ou esperma e falo para quebrar o gelo: “Quando tu falas ‘os que ele tem’, tu dizes o quê, o espermatozoide?”. E ela continua: “Sim, o médico disse que os espermatozoides são muito bobinho...”. Eu rio e pergunto de novo: “Bobinho ele disse?”. Nilza ri também repetindo: “É. O médico disse que ele tem o espermatozoide bobinho. Foi ele que falou, né...”.

Nilza diz também que, de acordo com o médico, por essa dificuldade de André eles teriam que “primeiro fazer o tratamento”. Sua expectativa era de que na consulta que estava agendada para um mês adiante daquele momento que conversávamos eles teriam informações mais positivas.

Caso contrário, “se o médico inventar alguma coisa a gente vai desistir”. Diante da frequência com que Nilza falava sobre os médicos inventarem coisas, eu pergunto diretamente: “Tu já falaste antes Nilza que o médico inventou... Como é, tu achas que eles inventam mesmo é?”. E ela diz, com um ar maroto, usado raramente durante a entrevista, como quem diz estar atenta às coisas:

Ah, eu estou meio desconfiada... Não dá mais para acreditar em médico. (Por que tu dizes que não dá pra confiar nos médicos, Nilza?): Ah, porque tem tanta gente que faz tratamento e as crianças nascem tudo normal, por que é que eles vão inventar essas coisas com a gente? Aí a gente fica com medo. (Tu achas então que se outras pessoas podem vocês também podem... Não é verdade isso que eles estão dizendo?). Eu acho que não é verdade.

Em outro momento, novos elementos eram apresentados por Nilza que complexificavam seu caso e demonstravam como a sua dificuldade de compreensão estava articulada a uma rede maior de informações que não eram suficientemente veiculadas e tampouco eram apenas uma dificuldade sua. Nilza se referia aos exames que ela e o marido haviam feito cinco anos antes, quando foram ao médico pela primeira vez tentar entender porque não engravidavam sem estarem usando contraceptivos há mais de dois anos. Esse exame indicava uma alteração no cromossomo X que configuraria a Síndrome

de Klinefelter³, como me explicara também a médica do posto. Uma das características centrais dessa síndrome seria a infertilidade.

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

Em outro momento, perguntei a Nilza especificamente sobre o exame que seu marido havia feito. Meu objetivo era perceber o que ela havia entendido desse exame, o qual eu também não havia entendido quando vi pela primeira vez em sua casa. Esse foi um daqueles momentos que referi acima como sendo de maiores dificuldades de minha parte por sentir que estava “forçando a barra” por uma informação que Nilza já havia dado indícios suficientes de não possuir. Naquele momento, no entanto, antes de eu haver obtido essas informações

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

junto à médica e na Internet (conforme nota 4) era importante perceber com que “tipo” de informação ela estava lidando:

É, deu alterado... Tem... um X... um X e um V (E um V... comento deixando Nilza continuar) E esse V não pode estar no meio... (Ah... e o que é esse V?) Ah, eu não entendo bem esse exame, né, não posso declarar bem o que é... (Mas o médico disse que não pode estar no meio...) Não pode. (E nessas consultas, como é, Nilza, tu perguntas, os médicos explicam...) Eu pergunto, mas eu não entendo muito não. Eles explicam muito ligeiro... (Nesse exame do André, por exemplo, do cromossomo X, tu perguntaste de novo, como foi?) Não perguntei... (Porque é complicado, né, porque eu também não entendo muito...) É, é complicado. Agora é só esperar [a próxima consulta, no Hospital] para ver o que vai acontecer.

Assim como no caso de Nilza, quando conversei com Ronaldo (33 anos, negro, pedreiro, estudou até a quarta série do ensino fundamental) e Andrea (33 anos, branca, dona de casa, estudou até a quarta série do ensino fundamental), eles demonstraram dificuldades em expressar – nos termos médicos – as informações que receberam sobre seu “problema”. Andrea me disse que foi ao médico porque seu marido “achava que era comigo”, pois também tinha o fato de a menstruação dela “estancar” por dois, três meses e depois voltar. “Era desregulada”, disse Ronaldo. Depois dessa primeira ida de Andrea ao médico, este teria pedido um exame a Ronaldo, ele diz um *hemograma* que depois percebo que ele se referia a espermograma pela descrição do exame.

Perguntei mais a Ronaldo sobre esse exame e seus resultados: “Foi assim, o exame deu que era 15% igual e 15% diferente”

fazendo gesto com as mãos paralelas como comparando uma e outra, apontando para uma quando dizia *igual* e para outra quando dizia *diferente*... Ele terminou de falar, tendo repetido essa fala por umas três vezes. Comecei a falar um pouco do que eu havia ouvido de outros homens que tinham feito esse exame. Mencionei que alguns falavam que o médico dissera que os espermatozoides não se moviam como se esperava, ou que tinha um número menor do que a média. Minha intenção era perceber se ele relacionaria essa minha descrição com os resultados de seus exames, mas o que ele repetia à minha pergunta era os mesmos quinze por cento. Em uma vez ele disse: “Deu 15% bom, e 15% ruim”. Em outra, “15% em cima... três vezes... e em baixo 15%”. Como referi acima, sua descrição me deixava muito inquieto, por um lado, pela minha participação em seu esforço de elaboração e, por outro, pela percepção das relações de poder aí estabelecidas, como comentarei com mais vagar a seguir.

Eles não explicam pra gente entender: linguagem médica e poder

Somada à percepção da complexidade inerente aos procedimentos médicos, muitas vezes a compreensão central era de que os médicos ou não queriam ou não sabiam explicar devidamente, tirando as dúvidas que surgiam. Fabrícia, uma jovem de 24 anos que, casada há cinco anos, não conseguira engravidar, participava como voluntária de uma pesquisa no Hospital sobre o vírus do HPV. Quando perguntei sobre o que era a pesquisa ela afirmou não saber do que se tratava nem que tipo de remédio estava tomando, reclamando por

receber seu laudo mensalmente em inglês. Fabrícia fez curso técnico de contabilidade, trabalhava como telefonista em um banco; sonhava em cursar Pedagogia. E não sabia ler inglês. Depois de muito ouvi-la falar sobre como entrou nesse projeto na expectativa de sensibilizar os médicos do Hospital; conseguir ter um tratamento mais rápido para a sua dificuldade de engravidar e ter essa expectativa frustrada, perguntei mais especificamente sobre o que ela estava achando do projeto e se considerava que estava recebendo as informações que esperava. Fabrícia me disse:

Olha, Pedro, eu posso dizer que não estou satisfeita com as informações do projeto... E não sou só eu, um dia desses, ano passado, eu encontrei uma mulher que estava na fila. Ela participava do projeto e estava indo lá porque queria sair do projeto. Quando chegaram os exames dela, disseram ‘Está tudo bem com você, o único problema é que nós vamos ter que tirar um pedaço do seu útero...’ Ela estava com câncer, Pedro. E só ficou sabendo nessa hora... Porque tem aquilo que eu te falei, a gente recebe um laudo, mas é tudo em inglês, então a gente não consegue saber o que está acontecendo com a gente. Eu, o que é que eu fazia? Eu pegava o meu e ia ali na escola conversar com a professora de inglês e ela traduzia para mim porque a gente pode entender uma coisa ou outra, mas eu não consigo entender tudo que está escrito ali... (E quem é que passa isso para vocês, Fabrícia, quem é que faz esses laudos?) Eu não sei, não tem ninguém direto assim que a gente possa falar e quando a gente vai perguntar uma coisa, eles explicam, mas é daquele jeito, Pedro, eles não dizem para tu entenderes, eles usam aquelas palavras deles mesmo, usam palavras específicas deles, explicam do jeito científico, a gente não entende direito... E não adianta, a gente pergunta outra vez e eles explicam do mesmo jeito, eles não dizem pra tu entenderes...

Para as várias questões que estão sendo reportadas, seja em termos de uma compreensão diversa de um mesmo problema, sejam diferentes linguagens em jogo ou relações hierárquicas entre usuários e profissionais de saúde, há que se considerar a distância social desses sujeitos e as formas de comunicação que inclui, entre outras coisas, um vocabulário médico especializado que “redobra a distância lingüística”¹³. Nesse sentido, alguns usuários atribuíam suas dúvidas e dificuldades à complexidade inerente ao tratamento. Nilza de forma discreta acima disse “Eu pergunto, mas eu não entendo muito não, eles explicam muito ligeiro...”. Por sua vez, outros eram mais diretos em sua avaliação de que os profissionais que os atenderam não haviam dado todas as explicações que estes pacientes queriam ou, de fato, não tinham essas explicações e informações. No caso de Fabrícia ela era enfática de que os médicos explicavam, mas “do jeito deles”, pois ao usarem “*palavras específicas*”, “*do jeito científico*” não estariam falando “*pra tu entenderes*”.

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

de infalibilidade.

Não devemos, portanto, ver aí apenas oposição como se falássemos de dois mundos que se construíssem paralelamente. Discutindo a partir da semiologia médica a relação entre médicos e pacientes e a construção de sintomas e sinais, Jaqueline Ferreira chama atenção para como os dois pólos dessa relação se influenciam reciprocamente e que “o processo saúde e doença não é reduto exclusivo da medicina oficial”¹⁴. Assim como podemos pensar a apropriação do discurso médico e mesmo uma reelaboração¹⁵ deste no uso, por exemplo, dos percentuais de uma forma muito particular, poderíamos também pensar sobre o uso de expressões como “espermatozoide bobinho”, os cromossomos “X” e “V”, a relação entre as porcentagens anunciadas pelos médicos e o desfile de mulheres grávidas pelos corredores destes hospitais etc. Mesmo que, talvez nunca seja demais lembrar, essa troca entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde não se dê necessariamente de forma igualitária. Essa desigualdade não deve ser percebida apenas em termos de domínio de uma linguagem, mas um conjunto amplo em termos sociais. Estes outros elementos incluem as dificuldades de acesso de uma forma geral das pessoas aos serviços de saúde.

COMENTÁRIOS FINAIS

Racionalidade médica, normalidade e biopolítica

As várias situações trazidas ao longo

deste artigo tiveram a intenção central de marcar as formas diversas de percepção da lógica médica por parte de pessoas que recorriam a serviços de alta complexidade. Além disso, enfatizam como essa percepção e conhecimento são construídos no fluxo de um processo marcado eminentemente pela imprevisibilidade e pela incerteza. Nesse processo, sujeitos situados de forma desigual numa hierarquia de poder a partir do domínio do saber médico parecem não se comunicar de forma muito clara.

A busca dessa compreensão, por meio do exame de trajetórias individuais, coloca-nos a necessidade de considerar a forma como a biomedicina vem se desenvolvendo ao longo dos últimos séculos como uma práxis muito particular. Ao mesmo tempo deve ser considerada também como parte de uma tendência mais ampla da biomedicina que vem se fortalecendo como uma prática poderosa sobre o controle dos corpos¹⁶. Um campo de saber e prática sobre a reprodução, particularmente, deve ser pensado como parte desse processo mais geral.

Nesse movimento, a medicina tem antes de tudo um compromisso com a normalidade¹⁷. O patológico ao ser definido como o oposto do normal e por tomar esse normal como o “natural”, abre caminho para um tipo de racionalidade que se explicita apenas por seus procedimentos¹⁸. Ou, para usar os termos de Foucault sobre a mesma relação entre saúde e normalidade no século XIX, a medicina não seria apenas o corpus de técnicas da cura e do saber por elas requeridas, mas também “um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e

uma definição do homem-modelo”¹⁹.

Para Camargo Jr. embora todas as características da “racionalidade médica” não possam ser as únicas causas para as muitas críticas de que a biomedicina vem sendo alvo, pode-se perceber que a “lógica interna” da prática médica ao associar-se com um conjunto maior de determinantes – como, por exemplo, as opções de política econômica, o impacto das organizações dos setores público e privado na assistência à saúde, os interesses da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos – tem conseqüências concretas na “determinação de um modelo de atenção que avaliza, de alguma forma, uma série de características [...] que configuram uma propensão iatrogênica intrínseca que não pode ser chamada de “distorção”¹⁸.

Na busca pela explicação da razão de não poderem ter “um filho de sangue”, pessoas buscam os serviços de saúde acreditando que encontrarão uma resposta para seus problemas. Ao juntarem informações, vão calculando os resultados que desejam alcançar. Acreditando algumas vezes mais, outras menos, vão reproduzindo o desejo de filhos na interlocução com uma vasta gama de sujeitos.

O antropólogo em campo: vários discursos em jogo e a produção de um serviço de saúde

Considerando esse “conjunto maior de determinantes” e em meio a esse conjunto de sujeitos – profissionais de saúde, pessoas que procuram os serviços médicos que operam a partir de uma certa lógica – o

antropólogo está fazendo algo mais do que “coletando” informações; é parte importante desse processo ao dialogar e buscar interpretações para questões para as quais há pouca clareza e consenso. É nesse sentido que minha chamada para o desconforto do lugar de pesquisador é mais que apenas um constrangimento, mas uma indicação de minha ação nesse processo.

O fato de ter desenvolvido uma pesquisa junto a pessoas que recorriam a serviços disponibilizados na rede pública de saúde aponta inevitavelmente para um perfil que se diferencia daqueles que usam serviços de clínicas privadas de reprodução assistida⁴. Para além da dimensão óbvia dessa afirmação, atento para a interconexão entre as formas de conhecimento e percepção das questões tratadas por mim e a estrutura dos serviços de saúde onde a pesquisa se deu. Quero com isso insistir que o “conhecimento” ou não das pessoas está relacionado a algo mais que a sua capacidade de fazer cálculos complexos e assimilar uma gama ampla de novas terminologias e técnicas sofisticadas.

Penso aqui, por exemplo, na forma como esses serviços definidos como sendo “pelo SUS” têm sido estruturados, divulgados e buscados por diferentes sujeitos. Quando passei da fase da pesquisa

4 Refiro-me, sobretudo, a uma distinção em termos econômicos que faz que as pessoas que recorrem aos serviços disponibilizados nos hospitais universitários, em geral, não possam pagar os preços praticados pelas clínicas privadas. Isso não quer dizer necessariamente que as pessoas que usam os serviços privados tenham mais facilidade de entendimento da gama de termos, números, porcentagens, medicamentos, tempos etc.

diretamente no Hospital e fui acompanhar mais de perto outras trajetórias de pessoas pensadas a princípio como sendo *menos medicalizadas*, pude perceber que a força do discurso médico não era a mesma para todos. Foi aí que vi que muitas pessoas não percebiam a “ausência de filhos” como sendo necessariamente um “problema de saúde”²⁰. Além disso, foi possível perceber também certos efeitos da divulgação de um serviço de reprodução assistida inserido em um hospital público, sem que este tivesse sido integralmente assimilado pela rede de atenção mais geral.

Havia uma referência direta a esse serviço principal onde a primeira fase da pesquisa se deu por parte das pessoas que acompanhei. No entanto, percebia também um conjunto maior de serviços a que as pessoas recorriam sem que houvesse necessariamente comunicação entre os mesmos. Por exemplo, o fato de o marido de Nilza ter Síndrome de Klinefelter surgia como uma dúvida para a médica no posto de saúde acerca da viabilidade de continuação do tratamento sem ovodação. Ao mesmo tempo, o primeiro hospital a que eles haviam recorrido e onde haviam feito o exame não havia lhes dado informações suficientes, ao longo de vários anos, acerca da viabilidade do projeto de ter um filho biológico. Embora nesse caso eu soubesse dessas limitações e conversasse com Nilza sobre as dificuldades que ela estava enfrentando e iria enfrentar, havia uma preocupação ao falar com outros casais para não aparecer como um “divulgador” dessas mesmas tecnologias nem possibilidades de diagnósticos, por exemplo. O cuidado era para não colocar

esses serviços como “soluções” para pessoas que muitas vezes não apenas davam significados diversos ao fato de não poderem ter filhos biológicos, mas também haviam encontrado outras formas de contornar a situação, por exemplo, através da adoção.

Para todas as situações abordadas aqui considero importante levar em conta as “demandas contraditórias” da reprodução assistida a que se refere Sarah Franklin¹¹. As dúvidas, dificuldades e perplexidade das pessoas cujas falas acompanhamos aqui não podem ser compreendidas sem levarmos em conta a crença que impulsiona suas trajetórias. Essa dimensão pode ser vista como elemento para entender os sentidos porque as trajetórias de busca dos serviços não são incompatíveis com a precariedade das informações e o conhecimento sobre os procedimentos médicos e a estrutura do serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento P. Reprodução, desigualdade e políticas públicas de saúde: uma etnografia da construção do “desejo de filhos”. [Tese]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRGS; 2009a. Doutorado em Antropologia Social.
2. Barbosa R. Desejo de filhos e infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil. São Paulo. Tese. São Paulo: Departamento de Sociologia da USP. Doutorado em de Sociologia.
3. Grossi M, Porto R, Tamanini, M (Org.). Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios. Brasília: Letras Livres; 2003.
4. Corrêa M. Novas Tecnologias Reprodutivas. Limites da biologia ou bilogia sem limites? Rio de Janeiro. EdUERJ, 2001.
5. Ramirez M. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro. [Tese].Campinas: Unicamp; 2003. Doutorado em Ciências Sociais.
6. Scavone L. Dar a vida e cuidar da vida:feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004.
7. Vargas E P. ‘Casais inférteis’: usos e valores do desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro. Tese (doutorado), Doutorado em Saúde Coletiva, UERJ/IMS, 2006.
8. Luna N. Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.
9. Nascimento P. Pagando o preço: uma etnografia do acesso ao serviço público de reprodução assistida em Porto Alegre-RS. In: Allebrandt D; Macedo, JL (org.) Fabricando a vida: implicações

éticas, culturais e sociais das novas tecnologias reprodutivas, Porto Alegre: Metrópole, 2007. p. 83-104.

10. Allebrandt D; Macedo J L, organizadoras. Fabricando a vida: implicações éticas, culturais e sociais das novas tecnologias reprodutivas, Porto Alegre: Metrópole, 2007, p. 19-21.

11. Franklin S. Embodied progress: a cultural account of assisted conception. New York: Routledge. 1997, p. 191.

12. Bourdieu P. Compreender. In Bourdieu, P. (Org.) A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 693-732.

13. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1989, p. 44.

14. Ferreira J. Semiologia do corpo. In: Leal, OF (Org.) Corpo e significado. Ensaio de Antropologia Social. 2ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2001. p. 103.

15. Victora C. As imagens do corpo. Representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriações dos modelos médicos. In: Leal, OF (Org.) Corpo e significado. Ensaio de Antropologia Social. 2ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2001. p. 75-87.

16. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

17. Canguilhem G. O normal e o patológico. 6ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

18. Camargo JR., KT. A biomedicina. Physis [online]. 1997, vol.7, n.1 [acessado: 11. Abril, 2009], pp. 45-68.

19. Foucault M. . O nascimento da clínica. 6ª Ed.

Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 37.

20. Nascimento P. Políticas de saúde e normalidade procriativa: a ausência de filhos é um problema de saúde? In: Bernarde J; Medrado B, organizadores. Psicologia social e políticas de existência: fronteiras e conflitos. Maceió: Editora da Abrapso, 2009b, p. 27-40.

Artigo apresentado em 11/02/2011

Aprovado em 18/05/2011