

7 - De quem é o problema?

Os homens e a medicalização da reprodução

Pedro Nascimento

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

NASCIMENTO, P. De quem é o problema? Os homens e a medicalização da reprodução. In: GOMES, R., org. *Saúde do homem em debate* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 157-174. ISBN 978-85-7541-364-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

De Quem É o Problema? Os homens e a medicalização da reprodução

Pedro Nascimento

O objetivo deste capítulo é discutir os caminhos, as negociações e as pressões que homens e casais têm experimentado na busca por um filho, ao serem identificadas dificuldades para alcançar esse fim. Pretende-se, com isso, perceber como a dimensão do gênero está presente na construção desse desejo. Fazer essa reflexão implica uma abordagem que extrapole o nível das relações conjugais, tornando-se necessário levar em conta debates desenvolvidos nas últimas décadas acerca da relação entre gênero, reprodução e saúde.

Ao mesmo tempo que a dimensão do gênero é central para essa discussão, não é possível desvinculá-la das questões mais gerais sobre a estruturação dos serviços de saúde no Brasil. Essa perspectiva pretende ressaltar importantes contribuições de feministas que evidenciam que gênero não é o único eixo de diferenciação social, devendo-se considerar as diferenças entre as mulheres e entre os homens devido à classe, raça, religião ou etnicidade (Moore, 1997).

Considerar esses vários eixos de diferenciação nos leva a problematizar o discurso cada vez mais comum sobre os milagres que as novas tecnologias reprodutivas (NTR) têm operado. Essa ideia de milagre realizado pelo progresso da ciência que estaria aperfeiçoando a natureza, dando-lhe 'uma mãozinha' (Franklin, 1997), muito facilmente é colocada no campo da ampliação dos direitos individuais e, na mesma velocidade, celebrada como mais um elemento para a consolidação dos direitos reprodutivos.

A pesquisa etnográfica na qual minhas reflexões se baseiam foi desenvolvida no âmbito do doutorado em antropologia social

(Nascimento, 2009).¹ Uma primeira fase da pesquisa foi realizada em um hospital público de Porto Alegre em que eram oferecidos serviços de reprodução assistida.² Aí fiz observação participante e entrevistei casais que estavam fazendo consultas ou que já tinham iniciado o tratamento para 'infertilidade'. De setembro a novembro de 2006 e entre março de 2007 e julho de 2008, além de pesquisa com 17 casais localizados via serviço hospitalar de maternidade assistida, estabeleci contato com os serviços de saúde pública em três comunidades de Porto Alegre, onde passei a realizar entrevistas com mais de uma dezena de mulheres com 'dificuldade para engravidar'.

As situações aqui trabalhadas dizem respeito principalmente à primeira fase da pesquisa desenvolvida no hospital. Esta é uma parte dos sujeitos investigados que haviam decidido "pagar o preço" do tratamento (Nascimento, 2007b). Esta adesão ao tratamento não é vivenciada da mesma forma por todos os casais que involuntariamente não têm filhos. Muitos desistirão dele ou nem sequer vão iniciá-lo. Diversos elementos estão em jogo nessa definição, sendo classe um dos principais.

O mais importante resultado dessa opção metodológica foi a percepção de um recurso diferenciado por parte das pessoas ao serviço de saúde. Para aqueles que estavam na busca pelos serviços no hospital, havia a expectativa de que teria uma solução para um problema. O contato com as pessoas nas comunidades começou a demonstrar que esse processo não era tão evidente. Passei a ver que, para muitos, nem mesmo haveria um problema em termos médicos a ser resolvido e o que parecia a mesma questão – a ausência involuntária de filhos – não era formulada sempre nos mesmos termos.³

¹ Agradeço o apoio recebido do Programa Internacional de Bolsas de Pós-Graduação da Fundação Ford (IFP) para a realização do doutorado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Agradeço também à Fundação Carlos Chagas, que coordena o IFP no Brasil, e ao CNPq pela concessão de bolsa na fase final do doutorado.

² Trata-se de um hospital público que oferece um serviço de reprodução assistida onde as pessoas que a ele recorrem arcam com os custos dos medicamentos e é a principal referência para quem não pode pagar os serviços em clínicas privadas. Todos os nomes das pessoas, dos serviços e das comunidades pesquisadas foram alterados.

³ Evitarei, aqui, o uso do termo infertilidade para referir as situações de pessoas que involuntariamente não tinham filhos. A noção de ausência involuntária de filhos (*childlessness*) está mais próxima do contexto da segunda fase da pesquisa, em que a categoria médica de infertilidade como uma "patologia" não se aplica. Para essa discussão, ver Inhorh e Balen (2002), Vargas (1999) e Diniz (2002).

Meus dados de campo questionam a noção de facilidade do acesso a esses serviços de reprodução assistida. Ao mesmo tempo, levam a partilhar do debate feminista que aponta para a diferença de contextos e sujeitos em campo que permitem a emergência e disseminação dessas tecnologias, o que sugere cautela na adoção direta da noção de direitos reprodutivos como sendo capaz de abarcar todas as questões que emergem no contexto da utilização das novas tecnologias conceptivas (NTCs).

Particularmente nas discussões sobre a disseminação das NTCs, muitas feministas têm apontado como, sob o argumento de ajudar as mulheres a superarem o sofrimento por não poderem concretizar o sonho de ter um filho, essas tecnologias reforçam a maternidade como uma vocação natural das mulheres. Ao fazerem isso, levam as mulheres que não podem ter filhos seus a se sentirem incompletas. A noção de que o desejo de ter filhos é um destino natural das mulheres, à medida que alimenta a "compulsão por maternidade", nas palavras de Rayna Rapp (2000), levaria à noção de que essas tecnologias estariam apenas amenizando o sofrimento de mulheres e casais.

Ainda nessa direção, outros estudos (Rohden, 2001; Tamanini, 2003, 2004; Martin, 2006) vêm demonstrando como, de maneira mais geral, a medicina tem se voltado mais sistematicamente para o corpo das mulheres, bem como o viés de gênero dessa construção. Embora o processo de medicalização alcance homens e mulheres e uma ciência voltada ao corpo dos homens venha se desenvolvendo (Azize, 2004) mesmo antes do *boom* do Viagra (Malcher, 2007), ao longo da pesquisa ressaltava-se como vem se dando uma maior naturalização das intervenções no corpo das mulheres.

Essa naturalização pode ser percebida na forma como as mulheres falam de certas intervenções no seu corpo e na forma como muitas delas se relacionam com o espaço do hospital e com os médicos e outros profissionais.

Em certo momento da pesquisa, eu me perguntava se seria possível que uma análise da forma como homens e mulheres submetidos ao controle biomédico na reprodução assistida apenas reafirmasse a replicação dessa trajetória feminina nos corpos dos homens. A partir de minha percepção de situações que evidenciavam a maior 'naturalização' das rotinas médicas por parte das mulheres, foi se configurando uma noção de que nuançar a percepção do lugar dos homens nesse contexto

não implicava uma disputa.⁴ Parecia não haver vantagens a serem perseguidas por um e outro.

Homens e mulheres na fila de espera

Com o objetivo de tornar mais claras as questões mencionadas até aqui, apresentarei agora minha percepção dos lugares ocupados por homens e mulheres em suas trajetórias em busca de um filho. Esta percepção foi se construindo ao longo da pesquisa, mas vários elementos já estavam presentes desde os primeiros contatos com o serviço de reprodução assistida no hospital.

Chamava-me a atenção a cena da sala de espera, na consulta com a enfermeira, ou já no momento da fertilização no ambulatório, formada em geral de casais sentados lado a lado. Em outros momentos era possível acompanhar mulheres sozinhas na fila.

Em cinco dos 17 casais acompanhados via hospital, estava apenas a mulher no momento do tratamento. Nos doze restantes, estava presente o casal. Quando eu perguntava a essas mulheres desacompanhadas sobre seus maridos, invariavelmente a justificativa referia-se ao trabalho dos esposos. Para esses casais, a presença do homem se restringia aos dias de realização de algum exame, especialmente espermogramas, os exames de rotina solicitados pelo sistema de saúde e o dia da coleta do material, ou seja, a coleta do sêmen para a fertilização. Nos demais casos, os homens tendiam a acompanhar as mulheres independentemente dos procedimentos médicos a serem realizados.

A cena da entrega de potinhos com tampa vermelha na sala de fertilização, cuja porta fica em frente às cadeiras onde as pessoas esperam no ambulatório, sempre chamava a atenção e era, em geral, um momento de constrangimento. Os homens timidamente batem à porta, querendo esconder aquele pote, esperando que a enfermeira os venha atender.⁵

⁴ Ao contrário do que foi considerado em outros momentos a partir de minha inserção no debate feminista sobre a 'participação dos homens'. Ver Nascimento (2007a) para uma reflexão mais detalhada sobre as implicações da relação entre a prática de pesquisa e o ativismo no campo feminista, bem como uma espécie de autocrítica dessa discussão.

⁵ Não cheguei a acompanhar cenas descontraídas como a descrita por Charis Thompson (2005), em que um homem é saudado com aplausos por duas mulheres quando retorna da sala, pelo fato de ele ter conseguido 'coletar o material', diga-se, ejacular, tão rápido. Para essa discussão, ver também Luna (2004, 2007).

A chegada com a caixa dos medicamentos necessários para a realização dos procedimentos a que as mulheres vão se submeter é igualmente característica. Por serem medicamentos que precisam de refrigeração, são mantidos em caixas de isopor, em geral, transportadas pelos homens.

De quem é o problema? Uma primeira disputa

“Qual é o teu problema?” Ouvei esta pergunta várias vezes, principalmente quando os casais se encontravam nas salas de espera. Em uma de minhas primeiras idas ao hospital, inadvertidamente, disse para uma mulher sentada na sala de espera que a minha pesquisa era sobre infertilidade e ela retrucou enfaticamente: “Olha, o problema da gente não é infertilidade. Pelo contrário, tem fertilidade até demais, mas é que meu marido fez vasectomia”.

Uma outra mulher fez questão de deixar claro que seu marido não podia ter filhos “naturalmente” porque tinha feito quimioterapia. Esperando para ser atendida, Amanda, uma jovem de 30 anos, ao ouvir uma mulher dizer que o marido tinha baixa taxa de espermatozoides, segurou a mão dele orgulhosamente e disse: “O meu problema é diferente”.

Marina, 46 anos, logo se colocou como sendo a “responsável” pela dificuldade de o casal ter um filho: “O médico disse que o exame dele estava ótimo, o problema é todo comigo”.

Conseguir um diagnóstico claro sobre a causa da dificuldade para ter filhos é uma das principais questões dos casais em sua trajetória pelos serviços de saúde. Na maioria dos casos, a descoberta do diagnóstico leva muitos anos e, inúmeras vezes, o diagnóstico não é claro. Identificar quem é o problema, portanto, passa a ser uma questão central para os usuários do serviço de reprodução assistida. Não apenas no sentido de aplacar a angústia de não saber o que se tem de errado – o que é muito comum –, mas também no sentido de identificar as responsabilidades de cada um.

Na busca por identificar a participação de homens e mulheres em situações de dificuldade para engravidar, as informações veiculadas pelos médicos assumem importância. Embora estes profissionais diverjam acerca dos exatos percentuais, costuma-se afirmar que há a seguinte participação de mulheres e homens na definição de um quadro de infertilidade: 30% homem, 30% mulher, 30% ambos, 10% ‘causa não identificada’. Outros falam em 40% para cada um do casal e 20% para causas ‘desconhecidas’.

No entanto, se levarmos em conta os resultados do levantamento de uma outra pesquisa realizada por Macedo e colaboradores (2007), podemos nos questionar sobre a validade dessa equação. Nesta pesquisa, 65,5% têm causas femininas; 17,9%, masculinas e 10,3%, ambos. Apesar das discrepâncias, a discussão sobre os percentuais continua sendo um elemento marcadamente presente na fala dos sujeitos.

Com relação aos casais acompanhados no hospital, quatro são apresentados pelos médicos como casos de causas exclusivamente masculinas, em que se incluem baixo número de espermatozoides ou espermatozoides com pouca mobilidade. Em cinco outros casais, há problemas com ambos os cônjuges. Nesses casos, incluem-se desde aqueles em que o homem tem baixo número de espermatozoides e a mulher tem 'causa desconhecida' ou ainda 'idade avançada'.

Com relação à identificação das causas, muitas feministas têm criticado a emergência da noção de casal infértil (Tamanini, 2003; Diniz & Costa, 2006) como servindo para obscurecer casos em que o fator masculino é definitivo. Argumentam que, quando o problema é claramente feminino, não há hesitação em afirmar-se que a causa da não gravidez é um 'problema da mulher'. Quando o fator masculino emerge, dar-se-ia uma ampliação do problema, passando a ser visto como 'do casal'.

Sete outros casos são diagnosticados como de 'causas femininas'. Estão aí incluídos os casos de mulheres com obstrução tubária, endometriose e uma série de fatores presentes no perfil destacado por Rosana Barbosa (1999, 2003) para pensar aquelas situações em que mulheres, por não terem tido acesso a serviços médicos de qualidade ao longo de suas vidas, desenvolveram problemas ginecológicos que configuraram o quadro de infertilidade e poderiam ter sido evitados, se diagnosticados com antecedência.⁶

E, finalmente, um dos casais, embora tenham sido identificados cistos no ovário da mulher, não considera os esclarecimentos suficientes e se dizem incluídos no conjunto das causas desconhecidas. Há diferentes casos em que o diagnóstico médico é questionado e muitas vezes ouvi pessoas

⁶ Em outra investigação no mesmo hospital onde foi realizada essa pesquisa, os médicos relataram três causas principais da infertilidade: "obstruções tubárias por causa de infecções que a mulher teve no passado, associadas a doenças sexualmente transmissíveis como a clamídia e gonorreia"; a esterilização feminina e a faixa etária das mulheres que se submetem ao tratamento (Allebrandt & Macedo, 2007: 20).

dizerem que os médicos não sabem exatamente o que fazer e que o procedimento escolhido seria uma espécie de loteria.

Corpos masculinos (também) medicalizados

Analisei as questões colocadas por muitas pessoas com quem dialoguei não apenas em termos da atribuição da 'responsabilidade' de homens e mulheres, mas também como ambos têm participado desse processo. Minha intenção é refletir sobre as possibilidades de nuançar a forma como os homens aparecem para além de sua função ejaculatória, como aponta Charis Thompson (2005).

Para este fim é preciso considerar os contextos mais gerais onde essa busca por filho se dá, destacando-se aí o processo de medicalização da vida no qual os homens, e não apenas as mulheres, estão cada vez mais inseridos (Rosenfeld & Faircloth, 2006).

Muitas vezes, ao longo da pesquisa, me chamava atenção a forma como algumas mulheres narravam as dificuldades e a resistência que seus companheiros apresentavam para a realização do espermograma. Isto se destacava principalmente porque quando me relatavam procedimentos percebidos por mim a princípio como mais invasivos, elas o faziam sugerindo uma certa 'naturalidade' desses procedimentos. Em alguns momentos, eu me questionava: seria possível estabelecer sempre uma escala da complexidade e do caráter invasivo dos procedimentos, ou haveria possibilidades de relativizar e contextualizar as dificuldades narradas pelos homens? Ou ainda me perguntava: as respostas para essas questões deveriam ser buscadas no tipo de relação estabelecido pelo casal ou deveria atentar para os condicionantes mais gerais do processo de medicalização da reprodução? À medida que a pesquisa avançava, passei a considerar que um posicionamento não inviabilizaria o outro. Ou seja, identificar agentes globais ou estruturais das especificidades dos dilemas vividos pelos casais não deveria obscurecer a consideração do nível micro e cotidiano de como essas relações se construíam.

Acompanhando as trajetórias dos casais no hospital, fui observando e ouvindo da parte de muitos deles que para se chegar a algum diagnóstico, por regra, a primeira investigação acontecia junto às mulheres. A 'porta de entrada' no hospital é o setor F, onde funciona o serviço de ginecologia. Mesmo que já conheçam os caminhos dos procedimentos a serem realizados e tenham uma recomendação direta de "tratamento para

engravidar", os casais terão inevitavelmente de passar pelas consultas com os profissionais do serviço de ginecologia. São eles que, a partir de sua análise, vão encaminhar os casais para o setor de infertilidade do mesmo hospital.⁷

De todos os casais contatados nessa etapa da pesquisa, apenas um deles, que havia realizado exames pré-nupciais, tinha conhecimento da ocorrência de 'baixa mobilidade' dos espermatozoides. Essa investigação, a partir de uma suspeita de um problema com a mulher, se estende até o hospital onde a pesquisa foi realizada. As consultas são feitas em nome da mulher no serviço de ginecologia e todas as vezes em que estive presente nos corredores do hospital, aguardando para ser apresentado aos casais, era sempre o nome da mulher que ouvia ser chamado. Ao se identificar, essa mulher era cumprimentada pela enfermeira e lhe apresentava ao companheiro.

Foi com estranhamento que Valdir, 37 anos, comentou que passou três meses acompanhando a esposa sem que a equipe médica lhe pedisse nenhum exame:

Quando a gente chegou lá no hospital também foi outra dificuldade porque tudo estava marcado lá no nome dela [a esposa] e eu dizia para os médicos: Mas o problema é comigo, é a mim que vocês têm que pedir os exames, e eles não diziam nada. Só diziam: Primeiro a gente tem que examinar ela, vamos ver o que tem com ela. Aí fizeram todos os exames nela e não descobriram nada. Três meses nessa. Aí depois de três meses, a gente perdendo tempo é que eles me chamam e veem tudo aquilo que a gente já sabia. (...) Foi então que eles pediram os exames e viram que tinha que congelar os espermatozoides. E fez logo, teve que fazer uma cirurgia... Eu queria logo que o que tivesse que fazer fosse feito logo...

Após ouvir a narrativa dessa espera, continuei perguntando como tinha sido o procedimento médico com o objetivo de perceber como o casal tinha vivenciado essa experiência de investigação no corpo de Valdir. Eu não sabia que tinha que fazer uma cirurgia nesse caso e perguntei a Valdir como tinha sido. Valdir continuou explicando, empolgado:

⁷ Esse processo corresponde à rotina estabelecida pelo hospital e a uma dinâmica própria, certamente necessária ao funcionamento da instituição. Não se coloca em questão aqui a necessidade das rotinas, mas destaca-se a percepção da mesma e suas implicações para o tema em discussão.

Teve que fazer cirurgia. Teve anestesia e tudo... Eu vi eles lá fazendo, tiraram um negócio amarelo parecido com gordura e levaram pra congelar... – E foi grande essa cirurgia? Não, não foi, diz Valdir. Mas sua esposa discorda, dizendo que foi grande. – Quantos pontos tu levaste? Ele diz: Uns dez.... E ela reafirma: Olha aí, foi grande. Valdir continua: Eu nunca tive medo de nada de médico, não. O que tiver que fazer eu faço. Tenho vontade de chegar lá num congresso de médico desses e dizer 'olha meu caso aqui', ir lá no quadro e mostrar [fazendo gesto de desenhar num quadro imaginário] 'aqui é um testículo, aqui é o outro, aqui é... [como se quisesse dizer pênis, me pareceu] o que falta é fazer essa ponte aqui'... para ver o que eles vão dizer. Ele ri muito de tudo isso que diz e eu acompanho também rindo. Valdir continua: Eu queria ser uma cobaia para eles descobrirem como resolver esse meu caso... Eu vou num congresso um dia desses, diz isso continuando a rir.

Esse casal vinha de uma trajetória de onze anos de busca por respostas. Por essa razão, dominava com muito mais desenvoltura os códigos da biomedicina, além do jeito desenvolvido de Valdir, particularmente, facilitar sua narrativa. Dentre todos os casais que conheci, esse foi o que de forma mais explícita questionou o escrutínio *a priori* no corpo das mulheres, bem como reclamou uma maior investigação do chamado fator masculino na dificuldade do casal para ter filhos. Quando o ouvi falar “em tom de brincadeira” que queria ser uma cobaia na mão dos médicos, me ocorria não apenas um desejo marcante de ter seu ‘problema’ resolvido, mas uma confiança de que esses mesmos médicos encontrariam as respostas e a ciência era o caminho para isso – ele parecia querer pagar o preço com o próprio corpo. Essa crença apoiada na investigação e acompanhamento do que os médicos vinham realizando no corpo de Valdir permitia-lhe um maior domínio do que ocorria em seu tratamento, bem como os caminhos que ainda viriam a percorrer. Na conversa com outros casais, o que ressaltava eram a perplexidade diante das informações e o incômodo de se falar claramente sobre o que os médicos chamam de fator masculino na infertilidade.

Carina e Arthur tinham, respectivamente, 27 e 28 anos e moravam em uma cidade ao sul do estado, tendo de se deslocar na ambulância da prefeitura para consultas e exames. Perguntaram-me se poderíamos conversar ali mesmo no corredor do hospital, pois achavam que moravam em um bairro muito distante e difícil de encontrar. Em um primeiro momento da conversa, houve embaraço para que eles me dissessem que o

'problema' era com o marido. Isto ficou claro quando eu perguntei o que a primeira médica que eles haviam consultado, ainda em sua cidade, teria apontado como problema. Carina corou, rindo e olhando para Arthur. Fez sinal com o dedo indicador apontando para ele. Arthur também riu e não falaram nada por segundos. Eu, achando que tinha perguntado algo indevido, indaguei se eles não queriam falar sobre o assunto e travou-se, então, o seguinte diálogo:

Carina: Não... é que a médica disse que [o problema] era com ele. Ela me examinou toda, fez todos os exames e estava tudo certo... Ele é que tinha muito pouco... (rindo).

Arthur: É... os exames deram taxa muito baixa... – De espermatozoides?, eu pergunto. Isso... Eu fiz o exame e ela disse que com aquela quantidade não dava...

Carina: É porque só depois desse tempo sem conseguir engravidar é que eles começam a fazer a investigação... Aí quando viram que não era comigo, começaram a investigar ele. Eles viram que tinham a taxa de prolactina muito alta... Estava 150 a dele, e a normal é 17. Eles chegaram a pensar que ele podia ter um tumor no cérebro...

Arthur: Algum problema na glândula...

Carina: (Olha e confirma balançando a cabeça). Aí eles pediram vários exames, mas viram depois que a taxa tinha melhorado...

Arthur: Quando eu fui ao primeiro médico, ele passou um monte de remédio e eles diziam que era para tomar e ver se aumentava a taxa.

Carina: Foi, tomou aquele Shoragon... – Shoragon não é aquele que as mulheres tomam para ovulação? Perguntei. Sim, é, mandaram ele tomar também...

Arthur: É uma vitamina...

Carina: Shoragon 5000 e vitamina A, B e C.

Arthur: Aí eles viram que depois tinha aumentado.

Carina: Estava em 850 mil... Na primeira eles fizeram e estava zerada, a médica até se assustou... Na segunda também deu zerada, mas depois aumentou.

Arthur: Isso tudo foi particular, era muito caro. Esse Shoragon eu tinha que tomar por seis meses, mas eu só tomei um mês. Cada caixa tinha três ampolas e custava 200 reais.

Carina: Ele tinha que fazer outro exame também, mas era particular, custava 400 reais esse exame, ele não fez... Eles [os médicos] queriam investigar porque eles queriam saber se era genético [a baixa produção de espermatozoides], mas ele não fez, não tinha como pagar mais 400 reais.

O momento inicial de constrangimento contrasta com a abertura de Valdir e Marisa, que vimos anteriormente. Mas, uma vez vencida a timidez desse momento, Carina e Arthur falam de como a investigação se deu com ela e só depois com ele e as formas intermediárias de tentativa de resolução que os médicos lhe sugeriram por medicamento. A identificação na trajetória de Arthur de baixa produção de espermatozoides, somada a uma alta taxa de prolactina e ao uso de medicamentos, a princípio prescritos para as mulheres, me faziam entender a dificuldade inicial de eles falarem comigo.

Em ambos os casos, a narrativa é marcada por um tempo longo em que um diagnóstico e um tratamento apropriados são buscados sem muito êxito. No caso de Arthur, foi logo identificado seu problema. O casal refere que os exames foram feitos sem resistência. Outros homens se recusaram a princípio a fazer o espermograma. Essa resistência inicial já foi apontada em outros trabalhos como significando para homens e mulheres ameaça à virilidade (Costa, 2001; Thompson, 2005). Além disso, é possível perceber nos casos seguintes, como foi dito para as situações descritas, que tanto a forma como é feito esse diagnóstico como os possíveis encaminhamentos são longos e muitas vezes incertos. Essas duas dimensões precisam ser levadas igualmente em conta.

Quando fui à casa de Luísa e Genival (26 e 30 anos, respectivamente) em um bairro da periferia de Porto Alegre e tentava entender no início da conversa qual era o tipo de problema que os havia feito procurar tratamento, Luísa falou diretamente: "Na verdade, eu não tenho problema nenhum, nos meus exames todos está tudo certo. Ele tem um problema que disseram que é o espermatozoide lento e também é baixa a quantidade, né?". Luísa dá a deixa para o marido, Genival, que vinha quieto e tímido até o momento, falou: "É, pelos exames, tem uma taxa baixa dos espermatozoides". Após narrarem a trajetória de investigação,

correspondendo à 'fase da busca' por uma explicação e tratamento (Nascimento, 2007b, 2009), eles começaram a apresentar elementos que mostravam a investigação feita para identificar o 'problema' de Genival, como foi para Arthur e Valdir. No entanto, Luísa fez questão de destacar a resistência inicial do marido:

Eu fui ao médico e ele disse que estava tudo bem comigo e eu ficava mandando Genival ir ao médico e ele não queria, ia adiando, não sei se preguiça ou vergonha, o que era... Mas aí, depois de uns dois anos, ele foi lá na Clínica Salute, que fica ali na Cavallhada [nome do bairro] e fez o exame e acusou que ele tinha esse negócio, do esperma baixo. Mas o médico disse que ele tinha que fazer um tratamento de dois meses, ele passou um remédio que ele ia tomar. – Para que era o remédio? [eu perguntei]. Era para aumentar o esperma. Ele disse que ele tomasse por dois meses que ia aumentar. Mas ele tomou e nada...

Genival me respondeu que fizera o espermograma. Perguntei, mencionando a fala da esposa sobre sua resistência para ir ao médico, quais teriam sido as razões para isso, e ele disse: "Ah, era mais vergonha mesmo... Eu ficava tímido, mas agora não me importo mais não". Luísa reconheceu a mudança no marido e reforçou: "É. Agora ele perdeu a vergonha mesmo. Ele teve que fazer lá no hospital e fez sem problema", e continuou:

O médico pediu o exame duas vezes e eu trazia o papel para ele ir fazer e ele não ia. Depois ele foi e fez esses dois e ainda fez mais três no hospital. E ainda fez uma ecografia também... Uma 'eco' no testículo porque eles queriam ver se tinha aumentado. Era assim, eles faziam um exame, passava o remédio, depois de um tempo, mandava fazer outro exame pra ver se tinha aumentado [o número de espermatozoides].

Assim, como aconteceu no caso de Arthur, outras pessoas relataram ser comum a prescrição de medicamentos, 'vitaminas' que poderiam repor o nível desejado da produção de espermatozoides, sem que saibam muito bem para que serviriam. Genival, Arthur e outros homens com quem conversei geralmente tratavam essas questões com constrangimento. A única variação nessa posição foi a de Valdir, parecendo sempre empolgado e rindo dos percalços enfrentados. O sentimento de vergonha e timidez é um dos mais recorrentes, e o uso de medicamentos é descrito como algo não corriqueiro, muito distante do que aparecia na fala e na rotina das mulheres.

Ao mesmo tempo, entre os vários elementos que aparecem nessas falas, podemos ressaltar que a mesma resistência dos homens a fazerem os exames e a identificarem-se e serem identificados como 'inférteis' é marcada pelas mesmas dificuldades de acesso a um serviço capaz de lidar com essas dificuldades e buscas.

Fica difícil estabelecer com muito rigor onde um desses elementos se sobrepõe ao outro, mesmo nos casos em que a recusa a procurar o serviço de saúde é justificada por vergonha. Não apenas o acesso ao serviço apresenta constrangimentos para homens e mulheres, mas uma vez no processo de investigação e tratamento, é possível perceber uma estrutura de serviços médicos voltada ao corpo das mulheres e suas necessidades.

Para além de anjos e demônios

Após a exposição dessas trajetórias, podemos nos perguntar: como essas questões podem ser entendidas em relação ao que vem sendo debatido a respeito das NTCs? Muito tem se perguntado se essas tecnologias recolocam, superam ou modificam questões centrais no debate sobre reprodução e gênero? A discussão sobre infertilidade e concepção, mais do que aquela sobre fecundidade e contracepção, oferece outros caminhos para pensar o 'lugar dos homens' na reprodução e o próprio debate sobre paternidade?

Verena Stolcke (1986) e Françoise Heritier (2000), ao analisarem o desenvolvimento dessas tecnologias, se perguntam: qual a novidade das NTCs? Uma das mais recorrentes críticas e questionamentos é de que tais modificações não têm levado a uma redefinição do padrão de gênero assentado na subordinação das mulheres, principalmente por causa da medicalização de seus corpos e de uma espécie de retomada vigorosa da vinculação entre mulheres e maternidade. Uma perspectiva que em alguma medida partilha a visão, por exemplo, de Verena Stolcke, de que as NTR enquanto uma "nova forma de opressão" teriam como objetivo "dar ao marido um filho do seu próprio 'sangue'" (Stolcke, 1986: 21).

Embora diversa em seu conjunto, a obra *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*, publicada em 2006, é marcada por essa perspectiva de resistências e oposição a essas tecnologias por considerarem seu caráter de reprodução da subordinação feminina. Nas palavras de uma das autoras,

Esse desejo sem preço da maternidade pode estar atendendo ao desejo da paternidade, cuja realização afirma a fecundidade e exalta a virilidade, especialmente em regiões onde o machismo é acentuado. Em pesquisas sobre maternidade tem-se verificado que as mulheres referem-se, frequentemente, ao forte desejo de 'dar um filho para o seu homem'. Esse desejo seria mais forte do que o próprio desejo de maternidade? Nas NTCs, a resposta ao desejo de paternidade – não importando quem seja o estéril no casal heterossexual – incide no corpo feminino, questão política e de saúde da maior importância. (Scavone, 2006: 16)

O que estou fazendo ao recuperar esses posicionamentos é enfatizar mais uma vez que, embora concorde com a crítica à forma naturalizada de apresentar essas tecnologias como solução e reconheça a assimetria de gênero a perpassar os exemplos que estão sendo acompanhados, os caminhos que têm sido percebidos extrapolam as decisões no âmbito do casal.

Mathew Gutmann (2006) põe foco nos pressupostos implícitos na forma como tem sido conduzido o debate sobre a figura masculina nos estudos sobre reprodução. Para ele, embora as mulheres tenham sido 'desnaturalizadas' pela crítica feminista, muitas vezes continuam-se atribuindo categorias uniformes aos homens. Muitas vezes, também, a 'cultura' acaba sendo usada para manter e difundir estereótipos a respeito da saúde reprodutiva e da sexualidade masculinas. Ele nos lembra, a partir do exemplo do México, que esse uso simplista da cultura esteve presente na crença, trinta anos atrás, de que planejamento familiar não iria ser adotado pelas mulheres naquele país católico (Gutmann, 2006).

Buscar os significados dados por homens concretos para este processo permitirá entender a reconhecida penalização das mulheres como sendo mais que um resultado de uma atualização de conceitos pouco problematizados como dominação masculina e machismo, por exemplo. Margareth Arilha (2005), partilhando da ideia de Gutmann, demonstra que está em jogo a necessidade de superação da percepção do gênero e dos problemas enfrentados pelas mulheres como sendo definidos pela oposição homem/mulher e privado/público apenas.

Aqui, procurei mostrar como as noções do masculino e do feminino influenciam toda a procura do casal nas instituições médicas. Elas servem como definidoras de um longo percurso para o casal, onde vários outros elementos que extrapolam o âmbito conjugal também se apresentam. Sonia Corrêa, lembrando que a mudança individual de homens não levará às

transformações esperadas nas relações entre homens e mulheres, afirma que essas mudanças demandariam

uma agenda de pesquisa e reflexão, mas, sobretudo uma agenda de coordenação política deveria ser ocupada internacionalmente e vinculada a um pensamento teórico e conceitual sobre gênero, em associação com as grandes questões econômicas. (*apud* Arilha, 2005: 163-164)

Assim, supor um olhar diferenciado para enxergar essas questões, bem como imaginar a possibilidade de inserção diferenciada dos homens no campo da reprodução e no debate sobre paternidade, demanda a superação da expectativa de que já se sabe o que esperar quando se inicia esse debate.

A crítica feminista⁸ alerta sobre os riscos de, sob a imagem de renovação, continuar-se a reproduzir estereótipos e a reforçar a desigualdade. Contudo, em muitas abordagens, continua a se operar com a expectativa de compartimentalização de universos masculino e feminino e um *a priori* de privilégio masculino.

Mais problemas ainda são trazidos quando essa noção da dominação masculina é tratada de forma indiferenciada, tanto para se referir aos casos de homens concretos em sua busca por filhos como para se falar do viés masculino dessas tecnologias e de uma noção de progresso científico enquanto incorporação dessa dominação. As falas dos homens que entrevistei remetem mais a dúvidas e inseguranças, vergonha e incerteza do que a uma noção de dominação masculina, ao menos quando estamos focando as relações de conjugalidade.

O olhar que percebe apenas as tecnologias como possibilitando às mulheres 'darem' filhos para 'seus homens' possivelmente não dará conta das disputas e das acusações que vimos para muitos casais. Para além dessa questão, em minha perspectiva, o foco central da análise da disseminação dessas tecnologias deveria ser mais a articulação entre ciência, medicina e mercado que naturalizam o desejo de filhos biológicos e apontam as NTCs como única via para a realização do desejo de filhos no idioma do mercado.

⁸ A referência ao movimento feminista como um todo ou à crítica feminista não quer negligenciar a complexidade desse campo onde há diferentes perspectivas e orientações. Para uma análise do feminismo em sua pluralidade no Brasil, ver, por exemplo, Bonetti (2007) e Adrião (2008).

Referências

- ADRIÃO, K. G. *Encontros do Feminismo: uma análise do campo feminista brasileiro a partir das esferas do movimento, do governo e da academia*, 2008. Tese de Doutorado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- ALLEBRANDT, D. & MACEDO, J. L. (Orgs.). *Fabricando a Vida: implicações éticas, culturais e sociais das novas tecnologias reprodutivas*. Porto Alegre: Metrópole, 2007.
- ARILHA, M. *O Masculino em Conferências e Programas das Nações Unidas: para uma crítica do discurso de gênero*, 2004. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- AZIZE, R. L. Masculinidade, Viagra e saúde: um olhar antropológico. In: RIAL, C. & TONELLI, J. (Orgs.). *Genealogias do Silêncio: feminismo e gênero*. Florianópolis: Mulheres, 2004.
- BARBOSA, R. *Desejo de Filhos e Infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil*, 1999. Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- BARBOSA, R. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: produzindo classes distintas de mulheres? In: GROSSI, M.; PORTO, R. & TAMANINI, M. (Orgs.). *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. Brasília: Letras Livres, 2003.
- BONETTI, A. *Não Basta ser Mulher, Tem de Ter Coragem: uma etnografia sobre gênero, poder, ativismo feminino popular e o campo político feminista de Recife – PE*, 2007. Tese de Doutorado, Campinas: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas.
- CORRÊA, M. *Novas Tecnologias Reprodutivas. Limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro. Eduerj, 2001.
- CORRÊA, M. Medicina reprodutiva e desejo de filhos. In: GROSSI, M.; PORTO, R. & TAMANINI, M. (Orgs.). *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. Brasília: Letras Livres, 2003.
- COSTA, R. G. *Concepção de Filhos, Concepções de Pai: algumas reflexões sobre reprodução e gênero*, 2001. Tese de Doutorado, Campinas: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas.
- DINIZ, D. Introdução. In: DINIZ, D. & BUGLIONE, S. (Eds.). *Quem Pode ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas: diferentes perspectivas do direito brasileiro*. Brasília: Letras Livres, 2002.
- DINIZ, D. & COSTA, R. Infertilidade e Infecundidade: acesso às novas tecnologias conceptivas. In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B. & PORTELLA, A. P. (Orgs.). *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*. Recife: Edições SOS Corpo, 2006.

- FRANKLIN, S. *Embodied Progress: a cultural account of assisted conception*. New York: Routledge, 1997.
- GUTMANN, M. C. The missing gamete: men's place in the global female contraceptive culture. In: CONFERÊNCIA REPRODUÇÃO, GLOBALIZATION AND THE STATE, 1-7 jun. 2006, Bellagio. (Mimeo.)
- HÉRITIER, F. A coxa de Júpiter: reflexões sobre os novos modos de procriação. *Revista de Estudos Feministas*, 8(1): 98-114, 2000.
- INHORN, M. & BALEN, F. van (Eds.). *Infertility Around the Globe: new thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press, 2002.
- LUNA, N. *Provetas e Clones: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas*, 2004 Tese de Doutorado. 2004, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional.
- LUNA, N. *Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- MACEDO, J. L. de et al. Perfil dos usuários de um serviço público de reprodução assistida. In: ALLEBRANDT, D. & MACEDO, J. (Orgs.). *Fabricando a Vida: implicações éticas, culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas*. Porto Alegre: Metrópole, 2007.
- MALCHER, L. *Aos Cuidados de Príapo: impotência sexual masculina, medicalização e tecnologia do corpo na medicina do Brasil*, 2007. Tese de Doutorado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- MARTIN, E. *A Mulher no Corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- MOORE, H. Understanding sex and gender. In: INGOLD, T. (Ed.). *Companion Encyclopedia of Anthropology*. London: Routledge, 1997.
- NASCIMENTO, P. Antropologia, feminismo e masculinidades ou o que os *papudinhos* de Camaragibe têm a ver com o debate sobre os *homens no* feminismo. In: BONETTI, A. & FLEISCHER, S. (Orgs.). *Entre Pesquisar e Militar: contribuições e limites dos trânsitos entre pesquisa e militância feministas*. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 2007a. Disponível em: <www.cfemea.org.br/pdf/dossie_entre_pesquisar_militar.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2009.
- NASCIMENTO, P. Pagando o preço: uma etnografia do acesso ao serviço público de reprodução assistida em Porto Alegre-RS. In: ALLEBRANDT, D. & MACEDO, J. L. de (Orgs.). *Fabricando a Vida: implicações éticas, culturais e sociais das novas tecnologias reprodutivas*. Porto Alegre: Metrópole, 2007b.
- NASCIMENTO, P. *Reprodução, Desigualdade e Políticas Públicas de Saúde: uma etnografia da construção do 'desejo de filhos'*, 2009. Tese de Doutorado, Porto

- Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- RAPP, R. *Testing Women, Testing the Foetus: the social impact of amniocentesis in America*. New York: Routledge, 2000.
- ROHDEN, F. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- ROSENFELD, D. & FAIRCLOTH, C. (Eds.). *Medicalized Masculinities*. Philadelphia: Temple University Press, 2006.
- SCAVONE, L. Novas tecnologias conceptivas: teorias e políticas feministas. In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B. & PORTELLA, A. P. (Orgs.). *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*. Recife: Edições SOS Corpo, 2006.
- STOLCKE, V. New reproductive technologies: same old fatherhood. *Critique of Anthropology*, 6(3): 5-31, 1986.
- TAMANINI, M. Do sexo cronometrado ao casal infértil. In: GROSSI, M.; PORTO, R. & TAMANINI, M. (Orgs.). *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. Brasília: Letras Livres, 2003.
- TAMANINI, M. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: bioética e controvérsias. *Revista Estudos Feministas*, 12(1): 73-107, 2004. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 25 ago. 2006.
- THOMPSON, C. *Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies*. London: MIT Press, 2005.
- VARGAS, E. P. A figueira do inferno: os reveses da identidade feminina. *Revista de Estudos Feministas*, 7(1/2): 89-108, 1999.