

Percepções, dilemas e desafios de usuários de serviços públicos de saúde em sua 'busca por filhos'¹

Pedro Francisco Guedes do Nascimento

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – UFRGS

Núcleo Antropologia e Cidadania – NACi.

Resumo

A disseminação das tecnologias reprodutivas conceptivas gerou um conjunto de questões que a antropologia vem discutindo nas décadas recentes. Entre essas questões destacam-se os deslocamentos produzidos na forma como as sociedades ocidentais têm percebido a relação entre 'natureza' e 'cultura', associada à idéia de 'progresso' científico e tecnológico. Baseado em pesquisa etnográfica em desenvolvimento no Rio Grande do Sul com diferentes sujeitos que têm recorrido aos serviços públicos de saúde, discutirei diferentes compreensões de usuários, por exemplo, em relação à noção biomédica de 'infertilidade' e a noção de 'dificuldade para ter filhos'. A partir da trajetória de sujeitos que recorrem aos serviços comunitários de saúde, bem como daqueles que se submetem a procedimentos de reprodução assistida de maior complexidade, tratarei de como é feita a avaliação das possibilidades de sucesso, as noções e conhecimentos que têm acerca dos procedimentos e os dilemas éticos associados. Nesse contexto, discutirei como na trajetória de identificação e busca do serviço de saúde, a lógica e a dinâmica do discurso da biomedicina vão sendo ou não incorporadas pelos usuários. Finalmente, destacarei a forma como a idéia de ciência e tecnologia são elementos importantes nessa busca, destacando os conflitos e dificuldades na assimilação desse campo, onde as dúvidas e questionamentos do discurso biomédico convivem lado a lado com a crença na ciência e na técnica.

Palavras-chave: Reprodução; Saúde; Adoção

Introdução

Um conjunto de pesquisas começou a demonstrar como as novas tecnologias reprodutivas (NTR) são percebidas por profissionais e usuários como o desenvolvimento máximo da possibilidade de resolução de problemas das pessoas na realização do sonho de ter um filho. Além da naturalização desse desejo, o desenvolvimento dessas técnicas associando saber médico e mercado (Franklin, 1997; Corrêa, 2001; Ramirez, 2003) muitas vezes apresenta a idéia de que todos os casais ou indivíduos que não têm filhos passariam a incorporar essas técnicas como a saída definitiva para seus 'problemas'. Nesse sentido, a expansão desses serviços para a rede pública de saúde é geralmente saudada como uma forma de 'ampliar o acesso' das pessoas a essa 'tecnologia de ponta'. É possível apontar a sequência lógica desse raciocínio: a) as pessoas querem ter filhos; b) a 'ciência' tem a saída; c) muitas pessoas não têm dinheiro para pagar; d) é preciso 'popularizar' o acesso, afinal as pessoas têm 'direito' a um filho; e) as pessoas estão dispostas a 'pagar o preço' para isso.

A pesquisa² na qual se baseia essa comunicação está perpassada pela preocupação de entender o que significa a disseminação de tecnologias reprodutivas de ponta num país

¹ Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil.

marcado pela desigualdade socioeconômica e por um discurso constante sobre essa desigualdade. Analisar esse cenário de desigualdade objetiva e percebida, a partir de um contexto específico - a oferta de um serviço de Reprodução Assistida (RA) no setor público em Porto Alegre - foi o foco inicial dessa investigação buscando entender como um serviço voltado para as classes altas é disseminado entre as camadas populares da sociedade.

Essa primeira fase da pesquisa problematizou o discurso de ‘popularização do acesso’ ao identificar que ‘os pobres’ que estavam acessando o serviço público de RA não eram exatamente aqueles que usualmente percebemos como sendo os usuários ‘típicos’ do SUS³ (ver Nascimento, 2007) na medida em que incluíam pessoas das camadas populares, mas também segmentos inferiores das camadas médias⁴. Assim, além de me perguntar ‘Como os *mais pobres dos pobres* estão acessando esses serviços?’ - pois aí estava implícita a idéia de que havia um constrangimento financeiro orientando esse acesso - também me perguntava ‘Como aqueles que não estão buscando intervenções médicas, num primeiro momento, estão resolvendo os seus ‘problemas’ para ter filho?’. Estava me encaminhando para a formulação de perguntas baseadas na hipótese de percepções diferenciadas sobre a inevitabilidade do uso de NTR para a garantia de um filho do ‘próprio sangue’. Que outras formas estariam sendo buscadas para a resolução desse problema?

‘Eu estou pesquisando pessoas que não podem ter filhos...’

Foi com esse tipo de questão em mente que, após a primeira fase de pesquisa no Hospital A⁵, retomei as visitas às residências das pessoas contatadas através dos serviços de saúde⁶. De setembro a novembro de 2006 e a partir de março de 2007 até o presente, além de pesquisa com 17 casais contatados via o 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

² Pesquisa etnográfica no âmbito do doutorado em Antropologia Social em desenvolvimento na UFRGS, sob orientação da Profa. Claudia Fonseca. Agradeço a Heloísa Paim e a Soraya Fleischer a leitura e as sugestões feitas a esse texto.

³ Refiro-me não a uma categorização rígida de usuários, mas noções gerais veiculadas pelo senso comum e reforçadas pela mídia sobre o SUS como serviço de segunda categoria e seus usuários como sendo apenas os que não podem pagar um seguro privado. Além disso, como observado para outras especialidades médicas de alta complexidade, dá-se a possibilidade de um ‘uso seletivo do SUS’ pelas classes privilegiadas (cf. Draibe, 1992; Vianna *et al.* 2005 *apud* Gershman e Santos, 2006, p.185).

⁴ As pesquisas de Rosana Barbosa (1999), Rosely Costa (2001) e Naara Luna (2007) foram desenvolvidas, em parte, junto a usuários de serviços públicos de reprodução assistida e questões semelhantes são percebidas a respeito das características desses usuários.

⁵ Opto por não referir os nomes oficiais dos hospitais e comunidades. Assim, identificarei os Hospitais referidos, onde são oferecidos serviços de RA apenas por letras.

⁶ Nesta comunicação estou tratando de forma indiferenciada serviços que têm especificidades importantes: um federal de medicina comunitária; um municipal de saúde da família e uma unidade básica de saúde ligada a um hospital universitário.

engravadar”⁷. Desde o início da investigação, vinha me chamando atenção a recorrência com que se dizia, particularmente nos serviços comunitários de saúde, que ‘aqui não tem esse problema’ – de infertilidade. Minha questão era vista como inadequada nesse universo pelos funcionários da área de saúde pela suposição de que ‘os pobres’ sempre têm muitos filhos. Se não é possível concordar com o senso comum de que ‘problema de pobre é filho demais’, como seria possível perceber essa dificuldade e compreender como as pessoas a tem gerenciado?

Para estabelecer essa diferenciação é necessário apontar que de acordo com o contexto da investigação as perguntas precisavam ser modificadas. No espaço dos serviços comunitários de saúde a questão de não ter filhos era tematizada de outra forma e as perguntas que eram feitas no Hospital A não se aplicavam para o diálogo nos mesmos termos em outro serviço. Foi no contato com as primeiras Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que a idéia de que ‘dificuldade para ter filho’ é algo corriqueiro (mais do que parecia ser no contexto previamente observado) começou a ficar mais clara, inclusive a partir da narração das histórias pessoais dessas mulheres.

Portanto, as questões que discuto nessa comunicação são viabilizadas por duas situações etnográficas diferentes. Uma primeira junto ao Hospital A onde foram contatados sujeitos que iniciaram uma trajetória de investigação e tratamento há muitos anos e já se submeteram a vários ciclos de tratamento, bem como sujeitos que estavam tendo as primeiras informações sobre os tratamentos e iniciando uma trajetória de investigação num ‘serviço especializado’, com percurso anterior de investigação e tratamento que variava entre quatro e dezessete anos. Eram esses sujeitos percebidos como aqueles marcados pela experiência da infertilidade; o hospital visto como o lugar que dispõe das técnicas para a superação dessa dificuldade e profissionais orientados pelas possibilidades oferecidas por essas tecnologias. É a esse contexto que o discurso dos constrangimentos financeiros está centralmente relacionado, seja pela fala por parte de profissionais da necessidade de popularizar o acesso, seja na percepção de que esse acesso não está garantido para todos, o que cria nova distinção entre os pacientes - os que podem e os que não podem pagar.

A segunda situação remete aos serviços comunitários de saúde onde os profissionais orientados por sua percepção acerca da população com a qual trabalham, acionam, num primeiro momento, o discurso de inexistência de casos de infertilidade no local. A partir desse

⁷ Estou usando o termo comunidade para me referir ao espaço onde, através dos serviços comunitários de saúde, passei a frequentar as residências das pessoas. Este uso não pressupõe uma homogeneidade de cada uma dessas áreas e, para os objetivos desse trabalho, estou focando menos as ‘comunidades’ e mais possíveis compreensões partilhadas por diferentes sujeitos.

posicionamento inicial, associado à dificuldade de imaginar que ‘os pobres’ poderiam sofrer por ausência de filhos⁸, começa a surgir uma tematização diferenciada, principalmente pelas ACS, mas também pelos médicos e demais profissionais das equipes de saúde, que indica a possibilidade de emergência da noção de ‘dificuldade para ter filhos’. O elemento central que essa opção metodológica propicia é a percepção de um recurso diferenciado ao serviço de saúde onde a expectativa de que haveria uma ‘solução’ para um ‘problema’ não é tão evidente, nem mesmo que há ‘um problema’ a ser resolvido e explicitamente formulado nesses termos⁹.

A partir dessa percepção, nessa comunicação tratarei de momentos diferenciados das trajetórias de pessoas destacando formas distintas de lidar com a ‘ausência de filhos’. Num primeiro exercício, destaco a forma como a experiência de contato de mulheres com a medicina gera formas diferentes de encarar a reprodução assistida e como a percepção do sofrimento vivido leva ao abandono dessa possibilidade. Um segundo exercício de análise aborda a experiência de mulheres que identificam a ‘falta de filhos’ e consideram que essa ausência pode estar relacionada com problemas de saúde. No entanto, a forma como narram suas trajetórias não evidencia uma transformação automática dessa ‘suspeita’ em uma ‘busca por tratamento’. Para o conjunto dessas experiências defendo a idéia de que, buscando ou não o serviço de saúde, há uma forma peculiar de considerar a ausência de filhos e a possibilidade de busca de outros recursos, particularmente a adoção. Isto sugere que a procura por ‘tratamento’, identificado ou não como o conjunto das NTR, não implica necessariamente a busca inequívoca por um filho de ‘seu próprio sangue’.

Narrando um processo: distanciamento e proximidade do serviço de saúde

É possível afirmar que o acesso ao serviço de saúde é parte importante da construção da demanda por ‘tratamento’: ‘o médico perguntou se eu queria ter filho’, ‘ele perguntou por que eu nunca tinha tido um filho meu mesmo’, eram algumas das falas que apontavam nessa direção, muitas vezes por mulheres que tinham ido ao médico com outras preocupações. Este processo que alguns autores apontam como sendo parte de uma “tendência crescente das pessoas em transformar problemas sociais em questões biomédicas” (Thompson, 2005:11),

⁸ Para diferentes contextos onde a ‘ausência involuntária de filhos’ [*childlessness*] é analisada como geradora de estigmas e sofrimento, ver Inhorh & Balen (2002); ver também Vargas (1999).

⁹ As diferenças por mim percebidas estão inseridas num debate maior e controverso nas Ciências Sociais sobre a constituição de universos específicos que remetem às opções de usos de noções como ‘camadas populares’ e as dificuldades de precisar os termos dessa distinção. Sobre esse debate escreve Duarte (1998): “Embora se apresente com a força da evidência etnográfica recorrente, a distância entre aqueles dois pólos sociologicamente ancorados nunca é facilmente mensurável. Tampouco se encontra critério unânime para delinear as fronteiras, as zonas de transição entre os dois grupos. (...) O que é um convite à renovação de uma discussão...”. (p.14). Nessa comunicação as minhas ‘evidências etnográficas’ me levam a um posicionamento nesse debate, sem advogar uma substantivação dessa diferença.

onde a medicalização da reprodução é uma importante dimensão (Barbosa, 1999; Corrêa, 2001) parecia se mostrar em diferentes facetas ali. Certas vezes, quando as ACS me apresentavam as pessoas ou quando estavam presentes em alguma entrevista, estimulavam as mulheres a ‘não desistirem’ de procurar tratamento e irem ‘até o fim’, da mesma forma como interpelam os moradores sobre os mais diversos ‘problemas de saúde’ no dia a dia.

A própria definição do que é um ‘caso’ de alguém que está ‘querendo ter filho’, ou está ‘tendo dificuldade para engravidar’, ou tem ‘problema para ter filho’ varia não apenas de pessoa a pessoa, mas até é possível perceber diferença entre o tipo de demandas percebidas entre as três comunidades que tenho acompanhado mais sistematicamente¹⁰. Pode-se dizer em certo sentido que o próprio desenvolvimento da pesquisa e a minha presença no serviço de saúde ‘interfere’ no olhar dos profissionais sobre o que é uma ‘dificuldade para ter filho’. Não apenas porque é possível passar a se entender casos de forma diferenciada, mas porque se passa mesmo a notar casos que antes não eram percebidos assim.

‘Eu já sofri muito’: Sobre a possibilidade de viver sem as NTR

Mesmo entre os que tomaram a decisão de buscar os procedimentos médicos de RA, há uma enorme diversidade de compreensão desse processo. Decidir participar desses recursos médicos não implica numa compreensão unívoca, havendo dúvidas, questionamentos, críticas, perplexidade e temor. Há um discurso presente do que significa o Sistema Único de Saúde (SUS) e as dificuldades consideradas como próprias desse sistema. Assim, não é sempre possível diferenciar a compreensão sobre o tratamento ‘em si’ do que significa o acesso à saúde de uma forma ‘geral’. A imagem do acesso ao serviço como uma corrida de obstáculos e toda uma pletora de imagens negativas associadas e sacrifícios é parte dessa narrativa. A esses desafios do acesso – no sentido de ‘chegar’ ao serviço o que muitas vezes significa ‘marcar uma consulta’ - somam-se os desafios de compreensão e resignificação das informações que vão sendo recebidas¹¹.

Embora algumas mulheres referissem ter visto programas de TV sobre as NTR e ‘tratamentos para engravidar’, muitas diziam nunca ter ouvido falar em qualquer tipo de tratamento, imaginando que os tratamentos que o médico lhes recomendariam seriam ‘remédios’, aos moldes do que eram os anticoncepcionais. Esse pouco conhecimento das técnicas às vezes é aplacado por uma crença de que ‘eles [os médicos] que sabem’, mas por

¹⁰ Existe, por exemplo, a diferença entre a Unidade Básica de Saúde que cobre também uma área de bairros de classe média, onde há uma procura mais direta para o ‘setor de infertilidade’ do hospital a que está ligada, contando com casais que já passaram por parte do ‘processo de investigação’, e as duas outras comunidades localizadas na periferia de Porto Alegre onde o espectro do que é buscado no serviço de saúde é bem maior.

¹¹ Ver Nascimento, op cit.

outras é geradora de angústia e incerteza. Muitas vezes a noção é de que os médicos não sabem o que fazer. Particularmente em mulheres com trajetória de longo processo de tratamento, a noção de que os médicos não sabiam o que fazer se alia à de que as intervenções para o tratamento eram extremamente dolorosas e invasivas e esse fato é apontado como a razão para a desistência do tratamento.

Os casos de Lúcia e Bruna¹² são exemplos importantes para pensar como em algumas situações, mesmo que inseridos no processo de tratamento médico, as formas de compreensão e negociação, bem como os limites de até onde se está disposta a ir pode variar. Lúcia tem 33 anos de idade, dona de casa e é casada desde os 18, sem nunca ter engravidado; seu marido tem 38 anos e é mecânico de automóveis. Lúcia diz que no início do seu casamento tomou anticoncepcional por cerca de cinco anos e conta como foi sua trajetória, conforme anotei em meu diário de campo:

“Aí foi quando começou com as hemorragias, eu sangrava muito e procurei o médico... fiz uma *eco*, depois fiz um *raio x* das trompas e dos ovários e eles encontraram um monte de cistos. Aí tive que fazer uma cirurgia. A primeira foi tudo bem, mas depois apareceu de novo, e tive que fazer outra cirurgia”. [Ela vai falando sem pausa e aumenta o ritmo da fala, dando o sentido de que muita coisa tinha acontecido e gesticulando com as mãos]. “Tanto é que hoje eu só tenho um pedaço da trompa esquerda e do ovário esquerdo... já tava difícil ter filho e agora mais ainda... A outra cirurgia [novamente para retirada de cistos] foi lá no Hospital B [outro hospital público], cortaram meu canal de urina e tudo, eu quase morri”. [Eu não consigo disfarçar minhas caretas um pouco impactado com aquilo tudo e pergunto como foi isso] “Porque foi uma *vídeo* né?, [Ela falava dos nomes das cirurgias e exames com muita familiaridade, indicando alguém com uma trajetória longa e, por isso, familiaridade com o jargão médico, algo próximo do que ouvia de alguns casais inicialmente no hospital] eles vão olhando e vão fazendo [gesticulando com as mãos a sua frente como seria o movimento do médico na cirurgia guiado pela imagem], mas cortaram meu canal de urina e eu vim pra casa e não agüentava de dor até que voltei e fiquei mais três dias lá no Hospital... Quem me atendeu foi um estagiário [médico residente], nem digo que foi por causa disso [o fato de ele ser ‘estagiário’] mas eu falei, ele examinou e disse ‘O cisto voltou, vai ter que tirar tudo’. E eu disse: ‘Capaz! Faz três dias que fiz a cirurgia, não dá tempo o cisto voltar’ [ela discutindo com o estagiário]. Depois o outro médico me examinou e disse que ‘podiiii ser’ [um ‘podia’ longo] que o líquido da cirurgia tivesse se alojado no meu útero... E eu não agüentando de dor, até morfina eu tomei... Uma hora eu tava olhando aquele líquido [no dreno] e fiquei vendo aquilo bem clarinho... Certo, no começo tinha um fiozinho de sangue, mas depois ficou só aquela aguinha clarinha e eu disse ‘tem alguma coisa errada’ e disse pra ele ‘isso é urina’ e ele disse que não, por fim disseram que era urina mesmo”. [Eu estupefato pergunto ‘Mas como é que ficou, o que foi que esse médico que fez isso, disse?’] “Nada, nem vi ele mais, já era outro médico que me atendeu. Lá [no Hospital B] é assim, tem os estagiários e cada semana troca, você nunca é atendida pelo mesmo... Fiquei três meses pra me recuperar; meu marido ficou bem doido”. [E teve alguma coisa (sequela) depois, Lúcia?, eu pergunto.] “Não, mas os médicos disseram que eu podia ter tido uma infecção generalizada. Imagina eu cheia de urina... Na verdade meu rim deu uma dilatada” [Ela diz depois lembrando um dos efeitos desse erro].

¹² Todos os nomes de pessoas foram alterados

Ao narrar esse longo percurso de cirurgias, erros médicos, desinformação e sofrimento, Lúcia vai me dizendo que a experiência de dor no hospital a fez desistir de ter um filho biológico e decidido adotar. Eu pergunto o que o médico tinha lhe falado sobre a possibilidade de ela ter um filho e ela responde:

“Ele não sabe dizer direito, ele não sabe dizer se eu vou ter, se não vou ter... Hoje [o médico dissera] só se for inseminação. Mas eu não quero saber disso. Agora eu até já me conformei. No começo não, eu chorava, me deprimia, mas agora não. Já me acostumei com a idéia, como diz o outro” [diz rindo e sacudindo a cabeça num jeito malandro quando fala ‘como diz o outro’]. “Eu conversei com meu marido, ele também pensa a mesma coisa... ele diz ‘Você já sofreu muito’. É, eu já sofri muito, não quero continuar nisso não. Vai que dá alguma coisa errada [no tratamento]... Ele fica mais nervoso que eu”. (...) [Pergunto se ela chegou a fazer algo, iniciar o tratamento e ela diz que isso foi sugestão do médico, que se ela quisesse ele ‘encaminhava os papéis’ mas ela não quis] “Tem que se inscrever... Demora um bom tempo... Mas eu também acho que quando Deus não quer é porque não tem que ser... E eu não quero passar por tudo de novo. Depois de tudo que eu passei nasce com problema, ninguém sabe...”.

Assim como Lúcia, Bruna - que tem 36 anos e concluiu o ensino médio e trabalha como vendedora em uma loja no centro de Porto Alegre -, narrava uma história longa de rotinas médicas, reclamações e frustrações. Ela tinha passado mais de 20 anos tentando engravidar, havia desistido há sete anos dos tratamentos e decidira adotar, quando engravidou em 2007, sem que os médicos tivessem lhe apontado qualquer expectativa dessa possibilidade. Embora seu caso pudesse ser visto como sendo idêntico aos das mulheres que acompanhei no hospital, identifico alguns elementos que problematizam uma adesão completa ao discurso biomédico. Assim como Lúcia, o limite de Bruna é dado pela percepção do sofrimento e do caráter invasivo dos tratamentos que fazia.

“A gente se casou e por um ano e meio mais ou menos eu não me cuidava nem nada e não engravidava, aí eu decidi ver o que tava acontecendo... Primeiro eu fui aqui no Hospital C... Eu fui lá mas eles não fizeram nada, aí eu voltei no posto aqui. (...) Aí eles me encaminharam pra o Hospital D” [E o que vocês fizeram no Hospital D?] “Fez lá o *espermograma* dele e fez uns exames no meu útero, eu sei que eu sentia muita dor, eles mexiam muito em mim, botavam bico de papagaio... Era muito ruim, aí eu parei e passei um tempo sem querer [voltar ao médico]. Aí depois eu voltei pro posto e eles disseram no posto ‘Quem sabe vamos continuar?’, mas eu disse ‘Não, vou esperar um pouco’. [Eu pergunto porque ela decide esperar e ela de novo refere o incômodo dos exames e procedimentos]: “Os exames incomodavam muito. Eu vinha chorando [do hospital]...” [E tu ficaste quanto tempo sem voltar?]. “Um ano, um ano e meio... nesse começo era assim, eu ia no médico depois desistia por causa dos exames e ficava um tempo sem ir... Depois eu fui pro Hospital A. Cinco, seis anos lá eu me tratei e não dava resultado. Eles não falavam coisa com coisa... Tinha um médico lá, não lembro o nome dele... ele me dizia que os exames estavam indicando que o problema era o marido, dizia que ele tinha o esperma preguiçoso... Aí aquilo tudo, mais de cinco anos me tratando e nada, eu já tava murchando... aí sete anos se passou e quando foi ano passado no começo do ano passado [2007] de janeiro pra março passou três meses e minha menstruação não veio...”.

Lúcia e Bruna são mulheres que conheci em diferentes momentos, mas nenhuma das duas estava no processo de busca de tratamento ou realização do mesmo. Suas falas em relação às possibilidades e eficácia do tratamento são marcadas por uma perspectiva de quem ‘desistiu’. No caso de Bruna, ela, embora não tivesse acreditado por vários meses que estava grávida, o fato de ter passado vinte e um anos ‘em tratamento’ e só ter engravidado depois de sete anos de ter desistido era o sinal evidente para ela de que os médicos não sabiam a resposta. Bruna me falou de uma conversa sua com o médico do posto da comunidade depois que ela ‘acreditou’ que estava grávida numa das consultas de pré-natal. Assim como Lúcia, sua ‘fé em Deus’ era um elemento importante de suas decisões:

“Eu sou assim, eu acredito em Deus. Deus sabe o que faz, eu pensava... Eu vou aceitar, se não for pra eu ter filho eu não vou ter... Aí foi quando aconteceu tudo [a gravidez] ano passado...” “Eu disse até pra o médico aqui do posto: ‘O médico no Hospital A disse que quanto mais velho [seu marido] menos chance de ter filho’. E ele [o médico do posto] disse: ‘Milagres acontecem’”¹³.

‘Eu acho que eu devia ter ido ao médico...’: Sobre a diferença entre não ter filho e ter um problema de saúde

Outras vezes apareciam situações de mulheres que narravam experiência de viver há vários anos com ausência de filhos sem que isso tivesse se transformado numa razão para procurar o médico. Para certas mulheres, o fato de nunca ter tido um filho não significa automaticamente, ou inevitavelmente, que não se poderá ter ainda ou que isso implica em um ‘problema de saúde’. Se nos casos de Lúcia e Bruna elas tinham passado anos em tratamento médico até encontrar uma ‘solução’ para a ‘falta de filhos’, Gisele e Inês, que conheci em uma outra comunidade, pareciam ter encontrado essas soluções ou resistido a encontrá-las, completamente do lado de fora do serviço de saúde.

Gisele tem 34 anos, estudou até ‘quarta série’, é dona de casa; vivia em Canoas onde mora sua família que inclui duas irmãs, uma que tem uma filha adotiva e outra que ‘nunca teve filho’ mas também nunca procurou médico. Há seis anos mudou-se para Porto Alegre onde vive com seu segundo companheiro que é vendedor de frutas. Há dois anos abortou, aos sete meses de gravidez, nunca tinha engravidado antes, mesmo quando viveu por sete anos com seu primeiro companheiro. Quando a encontrei a primeira vez e, na conversa, mencionei o tema da pesquisa, ela disse que sempre quis ter filhos e achava que deveria ter procurado o médico depois que abortou: “Era pra eu ter ido [no posto] mas eu não fui... Acho que é porque

¹³ A referência ao discurso religioso por parte de pacientes e profissionais de saúde merece uma atenção apropriada que, nesse trabalho, está apenas mencionada, sem que seja feita uma relação à filiação religiosa ou não dos sujeitos. Além de uma fala referente à ‘vontade de deus’ como definidora de quem terá ou não um filho (presente em falas como ‘Eu vou largar na mão de deus’), está presente essa referência especialmente nos casos onde inexistia uma ‘explicação médica’ para a ausência de filhos.

eu sou relaxada”. Depois disse que achava que não tinha ido ao médico porque não queria “passar por aquilo de novo” – engravidar e perder o filho, pois sofrera demais.

“É, faz seis anos que a gente se juntou”, [Gisele se refere ao seu atual companheiro e eu pergunto se esse seria seu primeiro casamento] “Não, eu já tive outro companheiro antes, mas também não tivemos filho não”. [E quanto tempo vocês ficaram juntos, nesse teu primeiro casamento?]. “Sete anos”. [E nunca tiveram filhos...]. “Não, nunca tivemos... mas eu acho que naquele caso era com ele mesmo porque ele já tinha tido uma mulher antes e não tinha tido filho também”. [Tu acha que era com ele...]. “É, mas eu também não fiz nada não... Eu nunca fui procurar médico não”. [E tu acha que tinha que ter procurado, Gisele?] “É, né, porque se eu não uso nada, e não consigo, deve ter alguma coisa errada, mas eu nunca me preocupei não...”.

Inês é uma mulher de 52 anos, casada há 21 com o mesmo companheiro e estudou até a terceira série; eles vendem desinfetante e detergente de porta em porta e já trabalharam também na reciclagem de lixo. Inês teve um aborto logo no começo do casamento, nunca mais engravidou, não sabe o que aconteceu para isso, mas acha que não tem nenhum problema para engravidar já que engravidou daquela vez. Continua dizendo que quer ter um filho seu ‘mesmo’, mas também diz que nunca foi ao médico para isso. Da última vez que tinha marcado uma consulta para fazer uma ecografia, encaminhada pelo posto de saúde, esqueceu a consulta.

[Eu pergunto se ela chegou a saber se esse acidente - uma briga de seus irmãos que ela foi ‘apartar’ e levou ‘um chute’ na barriga - gerou alguma complicação além do aborto e ela diz] “A médica falou uma coisa do meu útero, mas eu não sei... como é, não me lembro...” [Diz fazendo umas caretas, baixando a cabeça com a mão no queixo, como fazendo um esforço para lembrar]. “Útero infantil. Foi isso que ela disse que eu tinha, útero infantil... mas tem uma amiga minha que a médica disse que ela tinha o mesmo problema, ela fez o tratamento e hoje tem oito filhos... Olha aí... Mas eu não procurei, larguei de mão... não dei bola pro meu corpo... A minha amiga vivia dizendo pra eu ir no médico, voltar pra fazer o tratamento, mas eu não procurei...”. [Com que idade foi isso, Inês?] “Ah, já faz muito tempo... foi quando eu tava com meu outro companheiro ainda... Mas eu me lembro, eu tava fazendo aniversário até... A perda do bebê foi quando eu tinha 27 anos”. [É, então faz tempo mesmo... se tu tá com 52 anos hoje... Inês... e disse que tu me dissesse que a médica falou de útero infantil... O que foi que ela explicou que era isso... ? Inês ri, fixando o olhar em mim por um instante e faz um gesto com as mãos abertas depois dizendo não saber] “Eu ficava meio paradona assim pensando... útero infantil, o que é isso?” [E tu não perguntaste a ela não?] “Mas é porque foi pra minha mãe que ela falou...” [Ah, eu achava que era pra tu...] “Não, ela disse pra minha mãe e minha mãe me disse, aí ela não sabia dizer o que era não... Mas aí depois disso eu era pra voltar na médica, mas não voltei...”.

A forma como Inês e Gisele me falavam da sua ‘procura’ do médico parecia sempre muito mais uma afirmação de que, ao considerar-me como alguém que deveria achar que elas devessem ter feito isso, acabavam dizendo que ‘deveriam’ ter procurado o médico. Particularmente isso pode ter se acentuado na primeira conversa com Gisele onde fui apresentado pela médica do posto. Suas trajetórias e não só suas falas apontam para isso. Gisele vem de dois casamentos, um de sete e outro de seis anos e disse que nunca foi ao

médico por essa razão. Inês é casada há 21 anos e a ecografia solicitada pela médica se deu em virtude de sua ‘queixa’ de que estava com dor ‘aqui em baixo, perto do umbigo’. Ela me contava que foi na consulta que, ao falar que nunca tinha tido um filho biológico, a ‘possibilidade’ de começar a investigar ‘problemas’ aconteceu.

“A médica disse que se eu quisesse ela me encaminhava pro médico pra fazer um tratamento”. [E ela comentou alguma coisa da tua idade, se dava pra ter filho na tua idade?] “Sim, ela disse que dava, se eu quisesse, ela me encaminhava... Mas esse negócio de idade eu acho mesmo que não tem nada a ver... eu tenho uma amiga, ela é da minha idade e ela foi no médico, fez um tratamento e tá com um filho aí hoje, não teve nenhum problema... Minha irmã mesmo diz: ‘Inês, ta tudo bem contigo, Inês’ se tu quiser tu pode ter um filho, tu não já tiveste?”

Aos dois possíveis obstáculos à sua gravidez, o ‘útero infantil’ e a idade, Inês objetava rapidamente que isso não seria problema, pois conhecia casos de mulheres que teriam engravidado na mesma situação, mesmo que já fizesse mais de vinte anos de sua única gravidez. Seu marido teve um filho de uma mulher mais jovem e levou essa mulher e a criança para morarem na mesma casa. Ela diz que acabou se ‘apegando’ à criança e os profissionais no posto de saúde disseram-me repetidamente que ela era ‘como se fosse a mãe’ da criança, não deixando a mãe biológica ‘se aproximar’ da mesma nas consultas. Além dessa criança, Iara me disse também: “Eu vivia dizendo pra todo mundo que meu sonho era ter um filho... Hoje eu tenho Danilo que eu adotei, já tem 10 anos hoje”. E assim como Gisele, citava diversos exemplos de adoção em sua família.

‘A gente quer pegar pra criar’: Sobre a adoção enquanto possibilidade

Assim como no caso de Inês, eu começava a perceber que a adoção aparecia como um tema não apenas mais recorrente, como também uma possibilidade mais realista, menos distante do que aparecia para os sujeitos envolvidos na missão de ter um filho pelas NTR. Em consonância com as pesquisas de Fonseca (2002) sobre as particularidades da adoção ou da circulação de crianças em grupos populares, pude perceber que dos casais que conheci e entrevistei, três tinham adotado, um tinha iniciado processo de adoção, mas tinha desistido por causa da burocracia e dois dizem ter pensado em adoção, mas por insegurança sobre o caráter definitivo da adoção tinham desistido e outros diziam estar ‘procurando’ criança para adotar.

Maíra adotou aos 20 anos de idade um afilhado que a mãe biológica abandonara. À época da pesquisa ela estava grávida e já fazia sete anos que estava casada com seu primeiro marido, mas adotaram, dizia, não por alguma noção de que não poderia ter filho naturalmente, mas pela circunstância em que acontece:

Maíra conta que dois meses depois que tinham batizado a criança na igreja, uma certa noite a sua mãe e a sogra chegaram na casa deles dizendo: “A gente tem uma coisa pra conversar com vocês”, contando que a mãe biológica teria deixado a criança e que queriam que eles ficassem com ela. Eles conversaram e queriam, mas tinham medo que a mãe viesse tomar de volta depois (...) Certa noite a avó da criança junto com o pai biológico foram lá deixar. Maíra diz emocionada que foi só nesse momento que se decidiram -- quando viram a criança: “no carrinho com uma sacolinha de plástico pendurada com as roupinhas dentro”. Diz que ele estava muito “magrinho, desidratado, com infecção nos dois ouvidos”. Decidiram ficar com a criança, mas levaram logo ao conselho tutelar pois queriam ‘passar a criança pro nosso nome’. Ela foi conversar com a mãe biológica da criança depois e a fez prometer que nunca mais ela pegaria a criança de volta. No entanto, “três meses depois ela veio buscar de volta e eu disse ‘a gente vai ver no juiz quem vai ficar com ele’”. Maíra diz empolgada que ficou furiosa e disse ‘muitas coisas’ para a mulher: “O que você fez, nem uma cadela faz com os filhos”.

Maíra diz que seus amigos ‘acharam uma loucura’ eles adotarem tão jovens, já que poderiam ter um filho ‘seu mesmo’ depois. Ela está grávida aos 22 anos de idade e acha bom, pois queriam ter um casal; já tendo um filho, ‘agora era só uma menina chegar...’.

Rosa, 31 anos, dona de casa, cursando a ‘sexta série’ atualmente, foi outra mulher que quando conheci tinha adotado uma criança há cinco anos, que tinha sido deixada sob a responsabilidade dela e do seu marido (31 anos, pedreiro, estudou até a ‘terceira série’) pela mãe biológica que teria ‘desaparecido’, quando a criança tinha oito meses de idade:

“Eu achei que foi um presente de Deus! Porque eu já fazia esse tempo todo que queria e não conseguia engravidar, a gente já queria ter um filho, então Diogo ter chegado pra mim foi um presente de Deus...” [E como foi quando ele chegou, Rosa, quando ela deixou ele aqui?] “Ah, foi muito difícil, porque eu já tinha cuidado de criança, meus sobrinhos, mas era diferente, eu cuidava, dava banho, mas quando a mãe [das crianças, suas irmãs] chegava levava pra casa e eu ficava livre, mas quando ele chegou não, ele chorava o tempo todo, eu não conseguia dormir porque ele se acordava de noite, eu não sabia como fazer. A mãe dizia como fazer as coisas, mas era eu que tinha que fazer tudo... Foi à força que eu aprendi a ser mãe... Mas eu não me arrependi um minuto, era tudo que eu queria era ter um filho”.

Certamente nem todas as pessoas narravam a possibilidade da adoção da mesma forma, havendo resistência. No entanto, percebi em muitos casos que a negação da adoção para algumas pessoas se dava menos por uma rejeição absoluta a essa alternativa e um apego irrestrito ao desejo de um filho biológico e mais a um temor de, ou ser abandonado pelo filho adotado quando esse crescesse, ou que o estabelecimento de uma adoção ‘informal’, implicasse em que, depois de estabelecidos laços entre os pais e filhos adotivos, os pais biológicos quisessem ‘pegar de volta a criança’. É por essa razão que todos os que adotaram falaram logo de sua urgência de ‘passar pro meu nome’. Aqueles que tiveram experiências de tentativas de adoção não concretizadas diziam sempre que desistiram, pois teriam percebido que os pais biológicos poderiam ‘mudar de idéia’ depois, como me disse Girlene (22 anos,

dona de casa, primeiro grau incompleto), sobre uma tentativa de adotarem uma filha de seu irmão:

“A gente ia pegar ela pra criar, a mãe dela abandonou ela, mas depois ele [seu marido] desistiu porque ele queria assim que fosse passado mesmo pro nome da gente, mas meu irmão não quis, então ele desistiu”. Falou também que sua mãe ia “pegar a afilhada pra criar que tava praticamente abandonada”, mas desistiu depois porque “teve medo que a mãe [biológica], depois que ela tivesse apegada, viesse pegar a criança de volta”.

Tem sido muito mais corrente por parte destas mulheres que entrevistei de desejo de ‘experimentar a maternidade’, cuidando de uma criança recém nascida do que um desejo de ter seus genes perpetuados. Embora haja referências a que ‘não se sabe como essa criança vai ser’ e que ‘é muito complicado’ não saber as ‘origens’ da criança, os temores parecem se aplicar muito mais a um eventual abandono do lar do que a uma preocupação com traços hereditários (ou continuação biológica da linhagem)¹⁴.

Num primeiro momento quando ouvia pessoas dizendo ‘é muito difícil adotar’ eu traduzia simplesmente essa informação por uma fala equivalente a ‘eu prefiro um filho biológico’. Aos poucos fui vendo os relatos de pessoas que não apenas adotaram, mesmo sem identificar qualquer dificuldade para ter um filho biológico, mas também relatos de tentativas frustradas de adoção e comparações das filas, seja da adoção, seja do tratamento para engravidar. Ainda mais, não é automática a ‘desistência’ da adoção pelo simples enunciado de uma possibilidade médica de ter um filho.

Semelhante ao reconhecimento das dificuldades de acesso ao serviço de saúde, emerge nessas falas o judiciário como outro pólo a ser gerenciado na busca de um filho. A fala de muitas mulheres e homens de que ‘é difícil adotar’ remete no mais das vezes à burocracia, à demora e à idéia de que ‘eles [os juízes] não vão dar filho [em adoção] para pobre’ do que a alguma resistência *a priori* à adoção. Rosa me falou quando perguntei se eles já haviam pensado em adotar antes de Diogo aparecer:

“Sim a gente sempre pensava, mas aí a mãe dizia, ‘Vocês acham que adotar é assim fácil. Não é não... tem que ter as coisas, eles vão querer saber’... E mais, Paulo e eu não somos casados no papel. Tava dando no rádio que eles não querem dar criança assim pra quem é classe média como a gente...” Não entendo muito bem o que ela quer dizer com ‘classe média’, dada às circunstâncias que percebia em sua vida enquanto dona de casa e seu marido pedreiro, mas ela continua: “A gente que é da classe média eles vão querer saber quanto ganha se vai ter condições de criar a criança, onde mora...” [E tu acha que eles dão pra quem, Rosa?] “Ah, só pra gente rica, pra quem tem dinheiro... Tem uma amiga que mora na praia. Ela tá tentando até hoje, ela também é classe media e nunca conseguiu, mas ela disse que conheceu um casal bem de vida que foi e conseguiu na hora” [Ela trabalha em que, Rosa?] “Ela é empregada doméstica na praia... o marido dela tem negocio próprio

¹⁴ No contexto analisado por Naara Luna (2007) há referência aos diversos posicionamentos em relação à possibilidade de adoção, no entanto em geral considerada como recurso de última ordem, uma vez sendo impossível um ‘filho do sangue’.

e tudo, mas eles não conseguem...” (...) “Aí a gente pensava em adotar, mas quando a mãe falou isso e eu fui vendo, aí disse, ‘então vou esperar’. Mas aí apareceu Diogo... eu não achava que ia ser tão rápido”, diz rindo.

Rosa diz que agora que já tem um filho, quer ter outro, mas quer ter ‘seu mesmo agora’. Seu marido diz que, por ele, adotariam novamente já que a mesma mulher que deixou Diogo estaria grávida novamente e queria deixar com eles a criança quando nascesse. Rosa diz que estaria disposta a fazer ‘tratamento para engravidar’, mas diz não saber que tipo de tratamento seria esse. Identificava a irregularidade de sua menstruação e o médico teria dito que esse fato poderia ser uma das razões para ela não engravidar, pois ‘para engravidar a mulher precisa menstruar’.

Em direção diferente – já tendo passado por um processo mais sistemático de idas ao médico e parecendo ter mais informações sobre as NTR, Lúcia que, como vimos acima, não teria iniciado o tratamento por já ter sofrido demais, falava em sua opção pela adoção:

“A gente pensa em adotar... No começo meu marido não queria, eu também não queria, mas agora a gente quer... Mesmo que é tão complicado, mas a gente quer adotar... Eu tenho uma vizinha que até adotou e a mesma mãe [biológica] tem outro bebê agora e também quer dar”. [Ah, e vocês querem...] “Sim, a gente quer pegar... Essa minha vizinha pegou ela bem novinha, a mãe mesmo que quis dar ela, foi no juiz e tudo pra regularizar, mas ainda não passou pro nome dela... disse que só com sete anos”. [É? Não sabia disso...] “Eu também não. Eu achava que se a mãe quer dar, a pessoa não tinha porque não passar logo pro nome... Ela morre de medo que a mãe volte depois e queira pegar de volta...”. Conta que sua irmã que mora no interior ligou até ‘oferecendo’ uma criança, dizendo que uma mulher queria dar, mas infelizmente tinha sido após uma de suas cirurgias e ela não pôde... “Foi uma pena... Eu queria muito, mas do jeito que eu tava, me recuperando, não tinha condições”.

Em todos os casos quando há uma resistência à adoção num primeiro momento, as idéias recorrentes são, por exemplo, ‘poder criar um novinho’, ‘fazer eu mesmo’, muito mais que ter um do ‘meu sangue mesmo’. É preciso considerar que o recurso à medicina em geral e às NTR, em particular, está sempre sendo pensado dentro de um conjunto maior de possibilidades que levarão ou não à consideração de sua possibilidade, por mais distanciada que essa noção de sua existência seja. Além disso, entre essas possibilidades será considerada a adoção não apenas como um recurso de último caso, pois há situações de crianças já adotadas por mulheres que haviam identificado ‘problemas’, mas não só por essas. Outros casos foram de mulheres que tinham adotado sem terem procurado médicos. Narram-se temores sobre a precariedade de uma adoção não oficializada, mas destacam-se também as dificuldades colocadas pela burocracia. Vale destacar que todos os casos narrados de adoção ou tentativas de concretizá-la, foram feitos diretamente entre mulheres sem filhos e as mães biológicas. Uma vez anunciada a possibilidade ou feito o acordo entre ambas é que a necessidade de regularização se impõe. Não há casos de pessoas que entraram ‘na fila’ (isto é,

o cadastro de adotantes do JIJ – Juizado da Infância e da Juventude) para isso. A idéia corrente é que ‘juiz não dá filho a pobre’ e seria perda de tempo ficar na fila. É diante de todos esses elementos percebidos como obstáculos que vão se descortinando alternativas para que se possa ter um filho.

‘A gente tentou de tudo’: Sobre outras possibilidades

Várias mulheres, mesmo algumas que estavam em tratamento no hospital, referiam que já tinham ouvido falar de tratamentos outros para a dificuldade de ter filhos. Um medicamento que elas diziam não mais existir e falavam às vezes sem querer demonstrar muita confiança em sua eficácia era ‘Saúde da Mulher’, um fitoterápico que serviria para ‘um monte de coisas’, inclusive para engravidar ou ‘regular a menstruação’. Diziam que tinham tomado porque suas mães ou outras mulheres haviam sugerido.

Um casal que conheci no hospital disse que o marido teria feito uma ‘cirurgia astral’ para resolver seu problema. Nenhuma dessas pessoas, no entanto, foi tão eloquente ao referir o conjunto dessas possibilidades como Bruna, a mesma mulher que vimos acima narrando suas duas décadas de busca de serviços médicos.

“Foi muita coisa que eu fiz, Pedro. Já tinha ido em muito médico, fazia simpatia...” [Eu peço pra ela me falar mais do que seriam essas simpatias e ela diz:] “Ah, eu ia na Igreja pedir, rezar... Fui em médico espírita. Eles até disseram que fui operada pelo espaço...”. [diz fazendo uma cara meio descrente e eu pergunto como foi a cirurgia] “Não sei direito, mas mexeram muito em mim, na minha barriga”. [E onde era essa igreja?] “Não era igreja, era tipo umbanda, meio um centro espírita, era mais espírita... Fui também num curador em Vila Nova [um bairro de Porto Alegre] que passou um líquido pra tomar que a gente comprava na farmácia até. Era dois vidros tipo um elixir...”. [E isso era como? Feito de que, tu sabes?] “Era tipo um xarope de ervas”. [E ele era chamado de curador? – ela diz que sim – E como tu conheceu ele?] “Conheci através de minhas cunhadas, que elas iam lá já, era só a gente chegar na frente dele e ele já dizia as coisas sobre a gente. Era tipo um médico espiritual”. [E era uma conversa tipo a gente tá aqui sentado, tu ia falando pra ele?] “Não, não dizia nada só dava o nome e ele que falava. Ele até já faleceu, era Valdemar o nome dele. Ele era muito bom, iam milhares de pessoas na casa dele”. [Sempre pra esse tipo de problema?] “Sim, de tudo, úlcera, estômago...”.

Eu volto a perguntar das simpatias e ela continua animada contando: “Eu comprava uma *meinha* [meia de bebê], botava bala dentro e botava na praça e pedia a Cosme e Damião para ajudar. Minha irmã fez simpatia pra mim [para Bruna engravidar], pro Menino Jesus de Praga. Ela já pagou, mas eu não paguei ainda, tô esperando ela [Carina, sua filha] fazer sete anos, ela tem cinco meses agora... Eu quero fazer uma mesa de doce e convidar sete, ou catorze crianças...”. [Eu não entendo direito como é e peço pra ela me explicar] “As pessoas dizem que você arruma uma mesa com tudo que é doce e convida crianças pra comer, pode ser sete, pode ser catorze crianças, eu vou convidar sete. Aí elas não podem comer com garfo, têm que comer tudo com a mão... Mas eu tô esperando ela fazer sete anos... [corta o assunto dizendo] Ah, eu ia te falando antes o remédio, o xarope, o nome é “Saúde da Mulher”, tinha que tomar um vidro dele, e tinha outro que tinha que tomar um vidro também, mas esse eu não sei o nome”. [E tu tomaste, Bruna?] “Tomei”.

Considerações finais

Retomando aquela sequência lógica apontada na abertura desse trabalho, segundo a qual as pessoas recorreriam necessariamente às NTR uma vez estivessem ‘disponíveis’, alguém poderia objetar que aqueles que estão aqui apresentados como dando uma atenção diferenciada a esse campo de possibilidades assim o fazem apenas por não terem dinheiro para pagar os procedimentos, nem mesmo os recursos para conseguir acessar os serviços apresentados como sendo gratuitos. Adentrar esse tipo de especulação me parece descabido – imaginar em nossa sociedade um momento em que esses obstáculos desapareceriam a todos. Admitindo que minhas interpretações se prestam para esse contexto e para o tipo de posicionamentos que venho sistematicamente ouvindo de diferentes pessoas, defendi nessa comunicação uma possibilidade diferente de experimentar a ausência de filhos. Nesta, não somente inexiste uma adesão automática aos serviços, mas também a adoção consta como prática mais comum e uma possibilidade real tanto para os que irão encontrar dificuldades para engravidar como para os que não irão.

Ao mesmo tempo, como algumas das situações apresentadas indicam, não se trata de grupos separados necessariamente ou de uma oposição sistemática entre os que ‘pagam o preço’ e os que não podem ou não querem pagar. É possível ver situações dos que negam ou simplesmente não procuram o serviço de saúde, mas é também possível encontrar aqueles que, já em contato com os serviços de saúde, ainda consideram outras opções para alcançar seu objetivo e ter um filho.

Referências Bibliográficas

- Barbosa, Rosana. 1999. *Desejo de filhos e infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil*. Tese de Doutorado. Depto de Sociologia. FFCLH/USP. São Paulo.
- Corrêa, Marilena. 2001. *Novas Tecnologias Reprodutivas. Limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro. EdUERJ.
- Costa, Rosely Gomes. 2001. *Concepção de filhos, concepções de pai: Algumas reflexões sobre reprodução e gênero*. Doutorado. Tese. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas.
- Duarte, Luiz Fernando. “Investigação Antropológica sobre Doença, Sofrimento e Perturbação: uma introdução”. In: DUARTE, Luiz Fernando; LEAL, Ondina. *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998.
- Fonseca, Claudia. 2002. *Caminhos da adoção*. São Paulo: Cortez, 2ª edição.
- Franklin, Sarah. 1997. *Embodied progress: a cultural account of assisted conception*. New York: Routledge.

- Gerschman, Silvia e Santos, Maria Angélica Borges. “O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX”. In. *RBCS* vol. 21 n. 61, junho 2006. p. 177-227.
- Inhorn, Marcia and Balen, Frank van (eds.). 2002. *Infertility around the globe. New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*, Berkeley, University of California Press.
- Luna, Naara. 2007. *Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Nascimento, Pedro. 2007. “Pagando o preço: uma etnografia do acesso ao serviço público de reprodução assistida em Porto Alegre-RS”. In Débora Allebrandt, Juliana Lopes de Macedo (org.) *Fabricando a Vida. Implicações éticas, culturais e sociais das novas tecnologias reprodutivas*, Porto Alegre: Metrópole, p. 83-104.
- Ramirez, Martha. 2003. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. Tese. Doutorado em Ciências Sociais. Campinas: Unicamp.
- Thompson, Charis. 2005. *Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies*. London: MIT Press.
- Vargas, Eliane Portes. 1999. “A figueira do inferno: os reveses da identidade feminina”. *Revista de Estudos Feministas* vol. 7 n.1 e 2, p. 89-108.