

**“MULHER TEM PRAZO DE VALIDADE”: A CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE EM UM SERVIÇO DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

**“WOMAN HAS A VALIDITY PERIOD”: THE CONSTRUCTION OF MATERNITY IN A SERVICE OF ASSISTED HUMAN REPRODUCTION**

Fabiane Alves Regino<sup>1</sup>  
José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior<sup>2</sup>  
Renato Macedo Filho<sup>3</sup>

**RESUMO**

O objetivo deste artigo é analisar na perspectiva de gênero a construção da maternidade para usuárias de um serviço de reprodução humana assistida (RHA) em Recife/PE. Tratou-se de uma abordagem qualitativa, com realização de entrevistas semiestruturadas e a condensação de significados de Kvale como ferramenta de análise. Concluiu-se que a maternidade, tida socialmente como elemento ‘natural’ da identidade feminina, estrutura-se como modelo da organização social patriarcal. Um modelo que afasta as mulheres que não conseguem engravidar, da ‘norma’ do que é tido como ‘natural’. Na RHA, o tempo social e o tempo biológico das mulheres são concorrentes no processo de busca pela gravidez, já que o adiamento ou insucesso das técnicas de fertilização aproximam mais essas mulheres do vencimento do “prazo de validade” reprodutivo. Assim, as discussões de gênero são fundamentais para “desconstruir” o pensamento patriarcal que aumenta a desigualdade e iniquidade na saúde e reafirma o lugar “exclusivo” das mulheres no âmbito da reprodução.

**Palavras-chave:** Maternidade. Gênero. Reprodução Assistida.

**ABSTRACT**

This study was aimed to analyze, from the gender perspective, the construction of maternity for women at a service of assisted human reproduction (AHR) in Recife/PE. It was a qualitative approach, with semi-structured interviews and reduction of meanings of Kvale as analysis tool. It was concluded that the maternity, socially considered as ‘natural’ element of the feminine identity, structure itself in a model of patriarchal social organization, and not conceiving a child in this context means to diverge from the ‘standard’ of what is ‘natural’. In AHR, becoming a mother competes with social and biological time of these women, and the postponement/failure in the procedures approximate them more to the reproductive ‘validity period’. Therefore, gender discussions are fundamental to ‘deconstruct’ the patriarchal which increases the

---

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Mestra em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharela em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Professora do Departamento de Ciências Domésticas da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). E-mail: fabiregino78@gmail.com.

<sup>2</sup> Doutor pela University of Leeds (UOL). Mestre em MA in Health Management, Planning and Policy pela University of Leeds (UOL). Especialista em C. I. de Planejamento de Sistemas de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Médico pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: josearaujo@cpqam.fiocruz.br.

<sup>3</sup> Doutor em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Especialista em Finanças Empresariais pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Bacharel em Direito pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO). Bacharel em Administração Pública e em Ciências Econômicas pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). E-mail: profrenato3000@gmail.com.

inequalities and iniquities in health and reaffirm the ‘exclusive’ place of women in the sphere of reproduction.

**Keywords:** Maternity. Gender. Assisted Reproduction.

## 1 NOTAS INTRODUTÓRIAS

O tema da Reprodução Humana Assistida (RHA) enquadra-se no debate mais amplo das novas tecnologias reprodutivas e constitui-se objeto de estudos acadêmicos, com enfoques multidisciplinares. A RHA definida como o “conjunto de técnicas de tratamento médico-paliativo, em condições de hipo/infertilidade humana”, tem como finalidade a fecundação.

O acesso às técnicas para fertilização é destaque em diversas mídias no país, que evidenciam uma lacuna para o tratamento da infertilidade no serviço público de saúde, com destaque para as filas de espera e ainda o alto custo dos procedimentos de RHA ofertado por clínicas particulares. Ao mesmo tempo, os significados da maternidade para as mulheres inférteis, assim como os sentimentos e as representações expressas no cotidiano do serviço de reprodução humana assistida, são invisíveis para essas mídias. As mulheres que vivenciam a infertilidade em uma sociedade patriarcal e que tem a condição de mãe como um objetivo vital, enfrentam uma ‘cegueira’ social que se desdobra no plano político, com a ausência de políticas de saúde e violação dos direitos sexuais e reprodutivos.

O objetivo deste artigo é analisar na perspectiva de gênero a construção da maternidade para usuárias de um serviço de reprodução humana assistida (RHA) em Recife/PE. O gênero, como categoria teórica para as análises das falas das usuárias, torna-se fundamental para a desconstrução do pensamento hegemônico patriarcal, que aumenta a desigualdade e iniquidade na saúde e reafirma o lugar “exclusivo” das mulheres no âmbito da reprodução.

A maternidade, tida socialmente como elemento ‘natural’ da identidade feminina, estrutura-se como modelo de organização social patriarcal. Ser infértil, não gerar um filho, não ser mãe neste modelo vigente, significa afastar-se da ‘norma’ do que é ‘natural’. Na RHA, o conflito entre o tempo social e o tempo biológico das mulheres está presente no processo de busca pela gravidez, já que o adiamento ou insucesso das técnicas de fertilização aproximam mais essas mulheres do vencimento do “prazo de validade” reprodutivo.

Para a compreensão do universo das tecnologias reprodutivas e o lugar ocupado pelas mulheres inférteis no cotidiano do serviço de reprodução humana assistida em Recife/PE, o artigo foi estruturado em três momentos, quais sejam: 1) as notas introdutórias e os

procedimentos teóricos e metodológicos adotados; 2) a apresentação e discussão dos resultados sobre a construção de gênero no desejo de ter filhos e o tempo e a idade na RHA; e por fim, 3) as considerações finais e referências utilizadas.

Destaca-se nas análises das entrevistas que a RHA é para a maioria dessas mulheres a única chance de constituírem-se mães e realizarem o desejo de ter filhos. A RHA apresenta-se como a possibilidade concreta de engravidar, mas representa também um marcador temporal (social e biológico) que influencia no ciclo reprodutivo, já que essas mulheres vivenciam o ‘envelhecimento/diminuição’ dos seus óvulos como ameaça à fertilidade e a gravidez. A busca pela maternidade via RHA, transforma os direitos reprodutivos das mulheres usuárias das tecnologias conceptivas em ‘obrigações femininas’, na medida em que fragmenta, reduz e objetiva esse sujeito à sua função biológica.

A seguir serão apresentados os caminhos teórico-metodológicos percorridos e adotados neste artigo, com o olhar sobre o protagonismo das mulheres em suas falas, sentimentos, demandas e conflitos no universo da RHA. Estes procedimentos metodológicos permitiram compreender a importância e o significado da maternidade para as usuárias do serviço de RHA, seus familiares e profissionais de saúde.

## **2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS**

Este artigo é fruto de uma pesquisa de abordagem qualitativa e tem como centralidade a pesquisadora no processo de construção e análise das informações da pesquisa, de forma descritiva e explicativa (TRIVINOS, 1995). As metodologias qualitativas são importantes na “construção do conhecimento sobre saúde, seja no âmbito das concepções, das políticas, ou das práticas dos serviços institucionais” e responde a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2004, p. 388).

Algumas categorias teóricas norteiam as análises deste artigo, com destaque para o gênero, que se desdobra na compreensão sobre a construção social do sexo, em que a reprodução é ‘tida’ como o principal papel da mulher na sociedade patriarcal e materializa-se na experiência da maternidade. A categoria gênero constitutiva das relações sociais é uma ferramenta de reflexão sobre os processos históricos da construção cultural das imagens do feminino e do masculino e sobre as hierarquias entre homens e mulheres (SCOTT, 1995).

Em 1975, a antropóloga Gayle Rubin abre caminho para os estudos de gênero, dando ênfase a *perspectiva de gênero* e ao caráter relacional por meio da formulação do sistema

sexo/gênero, definido como um conjunto de arranjos através dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e na qual estas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas (SAFFIOTI, 2008). A autora separa duas dimensões, o sexo e o gênero, escamoteados no conceito de patriarcado e nesse sentido, “gênero denota relações de poder entre os sexos e refere-se tanto a homens quanto a mulheres” (AQUINO, 2006, p. 122).

No Brasil, o conceito de gênero foi disseminado rapidamente na década de 90, e teve Joan Scott e seu trabalho sobre o gênero como categoria analítica, uma das grandes referências para o debate, com a forte recusa ao essencialismo biológico e à anatomia como destino (SAFFIOTI, 2008). Gênero vem destacar que “o sexo anatômico e biológico não é ‘o’ elemento definidor dos sentidos e das ações humanas”. E que “as culturas humanas em suas relações políticas que, criam os padrões de comportamento que terminam por se associar aos corpos sexuados” (MATOS, 2015, p. 154).

Gênero, enquanto categoria de análise diferencia-se do conceito de sexo, pois este último tem na biologia e no aspecto essencializante da natureza e dos corpos sexuados os principais marcadores da sua definição. Sexo refere-se às características físicas e biológicas que diferenciam os machos e as fêmeas da espécie humana e o gênero é uma questão de cultura, é a forma que se classifica socialmente o feminino e o masculino (SARDENBERG; MACEDO, 2011).

Para Saffioti (2008) é possível trilhar caminhos que não gere a dualidade, a dicotomia sexo/gênero, mesmo que a autora considere a sua citação importante para ressaltar a elaboração social do sexo. Entretanto, destaca que essa dualidade acaba situando um na biologia – natureza –, e o outro, na sociedade – cultura – e por isso assume a postura de considerar sexo/gênero uma unidade.

Um grande desafio que se coloca é o de reconhecer que o ser mulher e o ser homem não é somente um ser natural e biológico, e que outros elementos de ordem social, econômica, política, cultural e étnica, influenciam na forma de pensar e agir como homens e mulheres (SARDENBERG; MACEDO, 2011).

A perspectiva de gênero permite neste artigo refletir sobre diversas questões, quais sejam: ‘o prazo de validade’ das mulheres para a vida reprodutiva; a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres (casais) inférteis; as expectativas, os conflitos sociais, psicológicos e emocionais vivenciados pelas mulheres e suas famílias no cotidiano do serviço de RHA; a apropriação das técnicas de RHA e a incorporação na vida cotidiana das usuárias; o saber/poder

científico médico e o saber construído das usuárias sobre o ‘corpo infértil’ durante o tratamento no serviço de RHA.

Parte-se do pressuposto que a maternidade é um marcador de gênero da sociedade patriarcal, que constrói a identidade ‘natural’ feminina e é reproduzido no cotidiano do serviço de RHA, onde as mulheres inférteis desafiam ‘o prazo de validade’ reprodutivo na concretização do desejo de ter filhos.

Para essas discussões utilizou-se referenciais teóricos das ciências sociais e política, saúde coletiva e do feminismo, como forma de abarcar as principais categorias e permitir a interpretação dos dados da pesquisa e das entrevistas. Destacam-se autoras como John Scott, Cecília Sardenberg, Márcia Macedo, Lucila Scavone, Marlene Tamanini, Gayle Rubin, Alda Brito da Mota, Elizabeth Badinter e Nancy Chodorow, nas discussões sobre gênero, geração, reprodução humana assistida e maternidade. Nas revisões sobre saúde pública, políticas e direitos à saúde temos Cecília Minayo, Estela Aquino, Araújo Júnior e por fim, na construção da metodologia utilizou-se Augusto Trivinos, Steinar Kvale e Uwe Flick.

O local de estudo foi o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), em Recife/Pernambuco/Brasil, que é uma entidade filantrópica, centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas e atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária.

A pesquisa de campo foi realizada no Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CAM), no Serviço de Reprodução Humana Assistida (RH) do IMIP. Este último inaugurado no ano de 2009, com uma equipe multidisciplinar, tem objetivo de oferecer um serviço de excelência para atender os casais inférteis, pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Este Serviço, cuja capacidade de realizar mais de 70 fertilizações por ano e 40 consultas semanais foi implementado em 2009, atendendo a Portaria nº 426, de 22 de março de 2005, que instituiu, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

Desde a inauguração do Serviço de RH, o número de casais inférteis atendidos foi de 2074 e no ano de 2016 (ano de fechamento do serviço), 494 casais encontravam-se na fila para o tratamento, seguindo a estimativa de espera de 4 a 5 anos indicada pelo próprio serviço. Esses dados são importantes para visualizar a dimensão do serviço e a demanda reprimida da RHA, que é uma alternativa para casais que sofrem de infertilidade e não podem engravidar.

A seleção das informantes pautou-se nos sujeitos sociais que puderam revelar informações sobre a importância da maternidade e o desejo de ter filhos por meio da RHA, representando assim um grupo seletivo de “*experts*”.

Priorizou-se entrevistar os casais inférteis, que são a eles que se destinam o atendimento do serviço, totalizando (10) dez casais. O termo “casal infértil” é uma categoria biomédica que identifica o homem no campo da infertilidade, mas as mulheres continuam sendo os principais sujeitos sociais das ações da RHA e o corpo feminino objeto dessa medicalização. Para o artigo foram analisadas as falas das mulheres usuárias do serviço.

As informantes foram selecionadas ao acaso, porém todos os ‘casais inférteis’ eram cadastrados no serviço de RH e estavam na fila de espera para iniciar o tratamento há pelo menos 4 anos. A aproximação da pesquisadora com os casais, deu-se primeiramente com o contato anterior junto a enfermeira chefe responsável pelo setor de RH, onde foi exposto o objetivo da pesquisa, esclarecidas as dúvidas, apresentada a carta de anuência e agendado o primeiro encontro com o público-alvo para a realização das entrevistas. O perfil das usuárias e do tempo de espera na fila (mínimo 5 anos) pode ser visualizado no Quadro 1 a seguir:

**Quadro 1** - Perfil das mulheres usuárias do Serviço de RH entrevistadas em 2015.

Usuárias e Usuários	Residência	Escolaridade	Idade Atual (2016)	Idade das usuárias/os no ano do cadastro	Ano do Cadastro (Setor de esterilidade)	Sexo
A	Paulista/PE	Superior Completo	38 anos	32 anos	2009	Feminino (F)
B	Olinda/PE	Ensino Médio Completo	41 anos	34 anos	2009	F
C	Cabo de Santo Agostinho/PE	Ensino Médio Completo	37 anos	31 anos	2010	F
D	Paulista/PE	Ensino Médio Completo	46 anos	39 anos	2009	F
E	Ribeirão/PE	Ensino Médio Completo	30 anos	25 anos	2011	F
F	Recife/PE	Superior Completo	42 anos	35 anos	2009	F
G	Olinda	Ensino Médio Completo	37 anos	31 anos	2010	F
X	Itapetim/PE	Ensino Médio Completo	36 anos	30 anos	2010	F
Y	Recife/PE	Ensino Médio Completo	35 anos	30 anos	2011	F
Z	Pesqueira/PE	Ensino Médio Completo	38 anos	33 anos	2011	F
O	Ribeirão/PE	Ensino Médio Completo	31 anos	26 anos	2011	Masculino (M)
P	Olinda/PE	Ensino Médio Completo	37 anos	31 anos	2010	M
Q	Paulista/PE	Ensino Médio Completo	42 anos	36 anos	2009	M
R	Paulista/PE	Superior Completo	39 anos	32 anos	2009	M

**Fonte:** Elaborado pela autora.

A enfermeira chefe fez a apresentação da pesquisadora aos ‘casais inférteis’ presentes no setor de RH, expôs sobre o objetivo e importância da pesquisa e realizou o acolhimento dos interessados em participar das entrevistas. Todos os casais que estavam presentes no setor de RH foram consultados sobre a participação ou não nas entrevistas, e agendado o melhor momento para todos.

As dez (10) entrevistas semiestruturadas foram realizadas no segundo semestre de 2015, numa sala privada localizada no serviço de RH, tendo como base um roteiro contendo questões predeterminadas referentes ao tema da pesquisa. No decorrer do diálogo, outras questões se delinearam e foram incorporadas ao roteiro (FLICK, 2004). As entrevistas foram gravadas e depois transcritas para análise. Baseado em Kvale (1996), em um estudo qualitativo, o número de entrevistas depende da quantidade de informação requerida na pesquisa, mas se localiza no intervalo de 15 +/- 10, haja vista o tempo para a realização e análises das entrevistas.

Com esse quantitativo de entrevistas, foi possível compreender a lógica interna do grupo, identificar recorrências de padrões simbólicos, ideias, valores e concepções que convergiram nas falas dessas mulheres sobre a maternidade e o desejo de ter filhos. E ainda, recorrências em relação às práticas vivenciadas no cotidiano do serviço de RH, no cuidado em saúde e nas visões de mundo sobre o lugar da mulher na sociedade contemporânea.

Para as análises das entrevistas utilizou-se como ferramenta a condensação de significados de Kvale, que permitiu construir formulações a partir das expressões das usuárias, abreviando em um formato condensado os significados encontrados no conteúdo das entrevistas, sem perder a sua essência (KVALE, 1996). Na interpretação dos significados, identificou-se o sentido mais amplo das ideias/temas suscitados pelas usuárias e confrontou-se isso com o marco conceitual/teórico proposto (ARAÚJO JÚNIOR, 2000)

Os procedimentos metodológicos adotados neste artigo possibilitaram traçar os caminhos para responder os objetivos propostos. As falas das usuárias revelaram a dinâmica do cotidiano do serviço de RHA e os significados da maternidade para as mulheres que vivenciam a infertilidade e desejam ter filhos. A seguir iremos ouvir as vozes das entrevistadas e aproximar do universo das tecnologias conceptivas e suas expressões.

### **3 GÊNERO E REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA – RHA: A IMPORTÂNCIA DA MATERNIDADE PARA OS CASAIS INFÉRTEIS E O FATOR TEMPO/IDADE NO PROCEDIMENTO**

O objetivo do item 3 deste artigo é apresentar os resultados obtidos no trabalho de campo e buscou-se evidenciar as falas das mulheres usuárias de um serviço de reprodução humana assistida em Recife/PE, com foco no objetivo proposto. Este item está subdividido em duas partes, quais sejam: 3.1 *A maternidade e a construção de gênero no desejo de ter filhos*, que aborda a perspectiva das mulheres sobre a maternidade a partir das experiências vivenciadas no cotidiano do serviço de RHA, tal como o impacto da construção de gênero no desejo de ter filhos, nas relações familiares e sociais; em 3.2 *O tempo e a idade na reprodução humana assistida*, aborda-se o conflito existente entre o tempo social e o tempo biológico, que para as mulheres inférteis implica diretamente na capacidade reprodutiva feminina.

#### **3.1 A maternidade e a construção de gênero no desejo de ter filhos**

O objetivo deste subitem é apresentar sob a ótica das usuárias de um serviço de reprodução humana assistida, a importância da maternidade e a influência da construção de gênero no desejo de ter filhos das mulheres inférteis.

A importância da maternidade para essas mulheres, só é possível compreender a partir do referencial teórico sobre o debate dualista das diferenças entre homens e mulheres. Diferenças determinadas pelos corpos e pela biologia, e que sob a ordem patriarcal de gênero, define como papel ‘natural’ da mulher a reprodução. Uma visão sacralizada da sociedade sobre a maternidade, que limita às mulheres os seus direitos reprodutivos (BRENES, 2015). Conseqüentemente, a maternidade e o cuidado com os filhos constroem-se como função quase que exclusivamente feminina (BRENES, 2015; MATOS, 2015). Scavone (2004, p.27) destaca que,

[...] a escolha da maternidade é um fenômeno moderno consolidado no decorrer do séc. XX com o avanço da industrialização e da urbanização. Com mais acesso à educação formal e à formação profissional, as mulheres vão ocupar o espaço público, mantendo a responsabilidade da criação do(a)s filho(a)s, o que fez a maternidade se tornar uma escolha reflexiva, possibilitada pela contracepção (e concepção) moderna (SCAVONE, 2004, p. 47).

Entretanto, a inserção da mulher no mundo do trabalho não a isentou da obrigação e/ou desejo de buscar o chamado ‘algo a mais’. Este termo foi utilizado por uma das usuárias do

serviço de RHA, referindo-se a ter filhos e complementa a seguir: “No quesito mulher, mãe e esposa, falta eu ser mãe pra sentir toda realizada. É um desejo e eu nunca deixei de buscar um ‘algo a mais’ pra me completar. Profissionalmente eu estou realizada” (USUÁRIA A).

A permanência de uma visão essencialista e da ideologia patriarcal acaba reforçando o lugar das mulheres na esfera da reprodução. Bila Sorj (1993, p. 1) destaca que a visão essencialista é um anseio de descobrir algum “núcleo essencial de características próprias associadas às mulheres”, para traçar um perfil feminino a partir dessas características. Como por exemplo, a sensibilidade, a intuição, a valorização da intimidade e do afeto, o desejo de ter filhos, de engravidar e ser mãe. Na fala da usuária Y isso fica evidente:

Ser mãe é uma realização pessoal, meu desejo é muito grande, é um sonho. É algo que eu pensava muito, sempre pensei em um filho. Nunca passou na minha cabeça que não vou ter. Imagino um barrigão, a barriga crescendo (USUÁRIA Y).

Percebe-se a maternidade como a “realização indispensável da feminilidade”, “como constituinte do corpo e do sentimento feminino” e materializa-se no processo de desenvolvimento da gravidez, no desejo de ver a barriga crescer. Criticar o dualismo essencializado em que a maternidade se reafirma, “é reconhecer a natureza não como dom, mas ela própria como inscrita em um sistema de significantes que obriga a questionar a constituição da nossa própria natureza (TAMANINI, 2009, p. 115).

“O desejo de ter filhos, eu sempre tive né! Desde antes de eu me casar, já era aquele sonho de criança, de adolescente. A gente sempre sonhava, brincando com as bonecas” (USUÁRIA Y). O desejo de ter filhos, associado à questão biológica feminina, ainda reproduz na sociedade contemporânea, os tempos em que a mulher fora criada para ser mãe, perpetuar a geração e completar a família. “Desde sempre eu queria ter filho, desde pequena. A partir do momento que você casa, você quer completar a família e eu sempre tive desejo de ser mãe” (USUÁRIA B).

Penso eu que a família dele é pequena, e se ele não tiver mais filho pra frente, ele vai ficar sozinho. Aí eu me sinto culpada, porque se ele tivesse casado com outra mulher, ele poderia ter filhos. Aí fica com dificuldade de dar continuidade a família (USUÁRIA X).

Essas falas nos remetem ao que Tamanini (2009) chama de ‘necessidade de preenchimento’, revelado no sentimento dessas mulheres de ter algo faltando, de ‘vida vazia’.

Tal necessidade se traduz como incomensurável, devido ao grau de importância que dar-se a realização do sonho de terem filhos.

A importância dada aos aspectos biológicos com a naturalização das diferenças entre homens e mulheres, fez com que as mulheres, fossem reconhecidas socialmente como “fêmeas da espécie” e seu mundo a ser definido “a partir da constituição biológica que lhes permite gestar, dar à luz e amamentar os filhos” (SARDENBERG; MACEDO, 2011). “É um desejo de poder sentir o bebê desenvolvendo dentro da barriga, sentir ele se mexendo, poder acompanhar o crescimento dentro de mim, poder amamentar” (USUÁRIA D).

Como extensão da sua condição biológica, a responsabilidade do cuidado e da educação das crianças ainda cabe quase exclusivamente às mulheres, por meio da maternidade (SARDENBERG; MACEDO, 2011).

A maternidade pra mim é uma vontade de ter um filho e vontade de criar um filho, de educar ele. Tenho vontade de ter um filho correndo na sala, ter um quatinho dele, pra poder ajeitar, vai pra um canto, vai arrumar o filhinho, pentear. Eu tenho uma vontade de ter, de ajeitar, de educar (USUÁRIA X).

Na maioria das sociedades, as mulheres não apenas geram filhos, elas maternam e cabe a elas a responsabilidade pelo cuidado da criança e manter os primeiros laços emocionais com os bebês (CHODOROW, 2002). “Meu sonho é passar pela maternidade, amamentar, se dedicar a criança. É ter uma criança pra gente poder cuidar, dar amor, educar, construir o dia a dia, construir a nossa família” (USUÁRIA D).

Mesmo que o desejo de maternar seja de fato um sentimento de diversas mulheres é importante relativizar sobre a ideia que a sociedade constrói acerca do chamado ‘instinto materno’ (BRENES, 2015). Isso porque a maternidade se localiza na esfera da cultura e não da biologia, e é preciso abrir caminhos que garantam a própria mulher a liberdade de pensar no seu desejo de ter filhos, na sua vontade de ser mãe e no momento ideal para realizá-la. “Eu sempre sonhei em ser mãe. Cuidar, educar, dar carinho. A minha vontade é retribuir, e quando eu decidi a melhor hora para isso acontecer, eu descobri a infertilidade” (USUÁRIA E).

Essa liberdade de escolha acerca do momento de engravidar é uma das lutas do movimento de mulheres/feministas que têm “insistido no direito inalienável das mulheres de decidir sobre seus corpos e suas vidas – exercício do livre arbítrio, da dignidade da pessoa humana e dos direitos sexuais e reprodutivos” (BRENES, 2015, p. 216).

Em muitos momentos a maternidade para as mulheres que vivenciam a infertilidade, vem revestida de romantismo, desejo, necessidade e felicidade. “Eu acho que ainda falta passar

pelo processo do pequenininho, acordar de noite, amamentar. Deve ser muita felicidade” (USUÁRIA A). Outras vezes, essa maternidade é a principal razão de viver, e ser mãe faz dessa mulher uma pessoa ‘completa’. “Como eu já disse, eu quero viver todas as fases de ser mãe, é uma questão de eu querer me sentir também mais completa. Eu quero passar por isso” (USUÁRIA G).

Por outro lado, não poder ser mãe devido à infertilidade, em muitos casos é motivo de sofrimento, é sinônimo de impotência, punição, decepção, culpa, incapacidade, pecado, é não ser mulher de verdade.

Ontem saindo da sala do médico eu disse: meu Deus, eu não quero mais passar por isso não, eu vou desistir, não aguento mais. Achei muito estranho ir fazer uma ultrassom e chegar lá, tá na esperança de ver o coração do bebê e aí você vê um saquinho escuro sem nada dentro. A gente se sente impotente né (USUÁRIA Z).

Eu acho que 100% das mulheres que tem esse problema pensam: ai meu Deus, porque eu? Porque tanta gente né, tem filho? Tanta gente aborta, faz tudo e tem filho depois? E eu que tanto quero não tenho, qual é o meu pecado meu Deus? (USUÁRIA X)

Existe a tendência em associar a infertilidade como falta de feminilidade. Badinter (2011, p. 184) destaca que “[...] a mulher que não tem filhos ou é digna de pena ou de censura”. Não procriar é afastar-se da norma, e a desaprovação social é o preço que se paga. “As não mães são constantemente obrigadas a se justificar” e são objetos de pressões, e por isso, torna-se legítimo perguntar se não seria melhor falar de ‘dever’ do que de ‘desejo de filho’.

As pessoas te cobram muito. Perguntam quanto tempo de casado? Não vai deixar filho não? Tudo isso mexe com a cabeça da gente, aquela cobrança. Não quero agora não. Mas só eu sabia o turbilhão de coisas que estava passando na minha cabeça (USUÁRIA Y).

Mesmo com as cobranças sociais, as mulheres ‘inférteis’ ainda convivem com estereótipos negativos que alimentam a cultura de valorização da maternidade, ao serem rotuladas como egoístas, incompletas, insatisfeitas, etc. Badinter (2011) questiona: como se desprender da tristeza de ser infértil quando para essas mulheres a plena realização se dá na maternidade? O relato a seguir é a expressão sincera de um ‘ônus emocional’ causado pela infertilidade (RODRIGUES, 2008).

O exame de gravidez deu negativo, mas eu tive que vim aqui (para o serviço de RHA) pra mostrar. E aí como você encara outra pessoa? Porque a médica também fica na expectativa. E eu dizer, não deu. É uma sensação de tristeza e de vergonha. Eu pensei que eu não ia sentir vergonha, mas a gente sente. É como se a gente fosse impotente.

Eu investi tanto em você e você não correspondeu. Porque é um investimento que a médica e que a clínica faz em você. E eu pensei que não ia sentir vergonha. Ah, eu não tenho culpa de ter esse problema, mas a gente sente, eu senti vergonha e muita tristeza (USUÁRIA Y).

O depoimento dessa usuária revela um sofrimento velado por não ter conseguido responder ‘da forma que tinha que ser’ a um tratamento para engravidar. Ou seja, o que importa na RHA é constituir a mãe, como ressalta Tamanini (2009). A percepção da usuária é de que não correspondeu às expectativas esperada pela médica, tendo em vista o investimento feito em seu corpo e o sentimento é de uma pessoa que está em ‘dívida’ por um determinado ‘favor’ concedido.

O poder médico de ‘fazer’ um filho em resposta ao desejo de ser mãe de uma mulher infértil associa-se ao fato de que em toda sociedade patriarcal, a mulher só “entra na ordem simbólica vigente, somente sendo mãe”. A infertilidade dessa forma é um sintoma do corpo que tem esse desejo, e cabe a RHA curar esse sintoma (TAMANINI, 2009, p. 227).

As mulheres que constituem a maior proporção de usuárias dos serviços de saúde e que vivenciam a medicalização das tecnologias da RHA em seu corpo devem ser sujeitos ativos no cuidado em saúde. A maternidade para além de um desejo, tem que ser uma escolha e não uma obrigação social e cultural (MENEGUEL, 2015). Poder decidir ser mãe ou não é um exercício de autonomia e entender a maternidade como um direito significa desconstruir a lógica arraigada de dependência, submissão e de ‘favores’. O cuidado em saúde como ação integral de significados e sentidos deve ser voltado para a compreensão da saúde como o direito de ser.

É importante destacar que as falas anteriores refletem um universo desconhecido para a maioria das mulheres que não vivenciam a infertilidade. E entre tantos desejos e expectativas das usuárias, alguns conflitos foram destaques nas entrevistas, sobretudo os que acontecem nos âmbitos social e biológico. Essa é a abordagem que será tratada a seguir.

### **3.2 O tempo e a idade na reprodução humana assistida**

O ‘tempo’ é um aspecto relevante destacado pelas usuárias do serviço de RHA, ora associado à condição da idade, ao tempo de espera na fila para o atendimento no serviço e ao tempo necessário para que o corpo – da ‘mulher infértil’ – responda aos procedimentos da RHA. Procuramos compreender o significado desses ‘tempos’, a partir da análise do conteúdo das falas das mulheres entrevistadas.

A noção de tempo como um conceito multívoco, porém inerente ao conceito de ‘*habitus*’, que por definição “é o princípio gerador de respostas mais ou menos adaptadas às exigências de um campo”, é produto de toda a história individual e coletiva da família (BOURDIEU, 2004, p. 131). Para os indivíduos o tempo se expressa de forma mais perceptível pela idade, entretanto, ele também é uma construção social e “adquire significado mais diretamente social, como categorias ou grupos de idade (jovens, adultos, velhos) ou como legitimidades para realizar, ou não, tal ou qual ação social”. E o tempo das gerações, possui uma característica mais histórica e social, que conta com uma análise filosófica tradicional, mas que conceitualmente também nos remete de maneira forte à família. A noção de tempo social é percebida como construção de práticas ajustadas ao presente (MOTTA, 2002, p. 41).

O uso do termo ‘tempo’ como significado de idade, se diferencia da definição de tempo utilizado no sentido de geração. Porém, as duas definições se alicerçam na perspectiva de que são “esferas realizadoras ou participantes das relações de poder na sociedade”, de significativa importância analítica sobre a construção de diferenças e de desigualdades sociais. A idade, na perspectiva antropológica é um elemento bio-sócio-histórico que compõe a estrutura organizacional das sociedades e possui uma definição simbólica forte. E geração é “parte essencial da dinâmica coletiva que a impele ou lhe imprime continuidade social” (MOTTA, 2002, p. 37).

Para as usuárias é um desafio responder a cobrança de uma sociedade que se estrutura ainda sob os moldes patriarcais e que a função social da mulher de ser mãe se sobressai entre as outras. Ser mãe pela RHA além de representar concretamente para essas mulheres “a última chance”, pelo fato de já terem uma “certa idade”, uma “idade mais avançada”, e estarem em “alerta vermelho”, a possibilidade de ter filho se apresenta como “agora ou nunca mais”. Essas expressões utilizadas pelas entrevistadas em momentos diferentes possuem o mesmo sentido contextual, o de que a idade é considerada um fator negativo na busca por terem filhos.

A idade para as mulheres que já possuem mais de 35 anos e convivem com a infertilidade, tem uma representação simbólica muito forte: são mulheres que estão ‘fora’ da idade reprodutiva e a possibilidade de engravidar via RHA, torna-se ainda mais difícil. “Eu tô com 35 anos, na época eu tinha 30, eu já ‘tava’ já. Não é que eu ‘tava’ velha, mas eu já ‘tava’ chegando lá” (USUÁRIA Y). “O pessoal começava com aquelas brincadeiras: seu esposo não sabe fazer filho? Tu não vai engravidar não? Tu não quer ter filho não? A idade tá chegando, tem que deixar um herdeiro” (USUÁRIA C).

Essas falas nos revelam duas questões: de idade e de geração. A idade como marcador da fertilidade da mulher e do seu ‘prazo de validade’ e que se materializa na gravidez. Do contrário tem que conviver com a desaprovação social por ser infértil. E geração, com um forte apelo à questão da continuidade geracional e da família, porque “como geração, os indivíduos se reconhecem, mas, inescapavelmente, como projeção coletiva. E vários grupos se identificam como construtores de cultura” (MOTTA, 2002, p. 42). É o estereótipo de mulher que deve garantir socialmente a representação de ‘casal com filho’, e a barriga é a prova dessa capacidade reprodutiva exposta ao mundo. Sob o olhar do outro, acontece o reconhecimento da prova e os comentários sobre a completude ou não da família (TAMANINI, 2009). “É como se tivesse faltando alguma coisa para completar. Até no retrato tá faltando alguma coisa. Depois que eu tiver meu filho, minha sala vai ficar cheia de fotos. Vai ficar uma semente” (USUÁRIA D). “O filho permite a transmissão da cultura entre gerações, a continuidade das crenças e dos valores sociais”. É a certeza de que as escolhas no presente terão valor no futuro (TAMANINI, 2009, p. 144).

De forma geral, a medicina considera a idade de 35 anos como ponto de corte para o fator de risco da gravidez e estar acima dessa idade, é internalizar a diminuição da sua capacidade reprodutiva, é reconhecer a escassez das células sexuais femininas, é perceber a infertilidade ainda mais próxima. “E aqui no IMIP é só até 35 anos. Tem muitas mulheres que quando descobrem o serviço, já não tem mais acesso, por causa da idade” (USUÁRIA Y).

Como a avaliação do potencial reprodutivo de uma mulher traz grandes dificuldades na busca de um parâmetro fidedigno e como a quantidade de folículos declina com o passar da idade culminando na menopausa, a velocidade dessa diminuição depende da população folicular remanescente, aumentando a partir de 35 anos (CALDAS, 2015). “Eu fiz a punção<sup>4</sup>, pulsionou e tinha apenas oito óvulos. Só seis que foram bons e só dois fecundou. Fiquei triste porque algumas mulheres têm oito, tem dez” (Usuária Y). “Eu nem perguntei quantos óvulos eles tiraram, disseram que a punção tinha sido boa. O dia que eu vim fazer a ultrasson, antes da retirada dos óvulos, disseram que tinham muitos folículos” (USUÁRIA X).

O tempo se referindo à velocidade em que o corpo da mulher responde aos procedimentos da reprodução assistida foi destacado: “o meu organismo é muito lento, ele não reage à medicação. Eu tomo, mas ele não responde” (USUÁRIA Y). Em virtude disso e de outras experiências vivenciadas pelas usuárias do serviço, o critério adotado pelo IMIP (a partir

---

<sup>4</sup> Punção por via transvaginal dos folículos ovarianos: aspira o líquido folicular; coleta dos óvulos.

do ano de 2010), foi de ingressar no programa de RH, mulheres com até 35 anos a depender da reserva ovariana.

Na verdade o que conta é a idade mesmo, com 45 anos o meu organismo já não está mais correspondendo aos estímulos. E isso mexe com a gente. Mas enquanto houver chance eu vou até o final. Só quando não tiver mais jeito. O homem não tem prazo de validade, a mulher tem né? (USUÁRIA D).

Outro significado de tempo relatado pelas usuárias foi em relação à espera na fila, para a realização dos procedimentos médicos e como isso influencia na resposta do corpo aos medicamentos e na produção de folículos ovarianos. “Eu não vou desistir, eu vou até o final. Diante desse trabalho de 5 anos, e chegar no final e não der certo. O problema é a fila de espera, aí a gente vai envelhecendo” (USUÁRIA D). Outra usuária destaca que a frase que ela mais escutou no serviço foi “não garantimos, não garantimos quando esses procedimentos vão ser realizados. Pode ser com 3 anos, 4 anos, 5 anos. Eu sei assim, eles tinham que oferecer o tratamento final com 5 anos, como ocorreu comigo” (USUÁRIA F).

Quando a gente veio pra cá a gente começou a fazer o tratamento em 2011. A primeira punção que eu fiz foi em junho de 2014. E fiz a transferência<sup>5</sup> em março de 2015. Mas, eu produzi muito pouco folículo. É, o tempo passou, demorou muito e eu ainda não tive meu filho. Vou tentar a segunda vez a transferência. Minha última chance (USUÁRIA Y).

Para as usuárias, esgotar todas as possibilidades e chances que a RHA oferecem, é uma atitude comum e muito desejada entre elas. A idade como condição etária e marcador de um processo no ciclo de reprodução, tem no passar do tempo e no envelhecimento, mecanismos fundamentais de classificação e separação dos seres humanos.

O ‘biológico’ idade, como referência ao tempo ‘natural’ das mulheres, determina de forma subjetiva, a partir das representações culturais de cada grupo, o lugar que essas mulheres ‘devem’ ocupar. Ser velha na sociedade moderna ocidental representa a perda ‘não anunciada’ da condição social e reprodutora das mulheres (MOTTA, 2002).

---

<sup>5</sup> Técnica da reprodução assistida de transferência de embriões para o útero da mulher.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As análises das falas das mulheres que convivem com a infertilidade, foram fundamentais para compreendermos um pouco do cotidiano de um serviço público de reprodução assistida e das emoções expressas pelas usuárias no decorrer do tratamento neste serviço. Foram falas que destacaram momentos de conquista, esperança, desejo, medo, felicidade, culpa, resignação, vergonha, independência, ansiedade, realização e frustração. Essas emoções como elementos de reflexão sobre o universo das tecnologias conceptivas nos levam a pensar o lugar da mulher nesse contexto e a garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Considerando o tema da RHA como complexo, e que esse debate não se esgota aqui, diversas questões foram suscitadas, como: o ‘prazo de validade’ da mulher para a vida reprodutiva, a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres inférteis, os conflitos emocionais e sociais, a apropriação das técnicas de reprodução assistida e sua incorporação no cotidiano dessas mulheres, o conhecimento sobre o funcionamento do corpo ‘infértil’, a sabedoria e o poder médico.

Percebemos por meio das reflexões teóricas, marcadores da organização social que culturalmente determinam padrões e definem a importância da reprodução e da maternidade na sociedade contemporânea. O envelhecer para as mulheres que convivem com a infertilidade é o que mais ‘pesa’ na concretização de terem filhos, e fica evidente a existência de um ‘prazo de validade’ muito rígido no universo das tecnologias conceptivas. Isso faz com que a ansiedade, a vontade de desistir do tratamento, as angústias, sofrimento físico e psicológico aumentem com o decorrer do tempo de espera na fila.

A maternidade ainda é um elemento marcado da identidade feminina e que se fortalece na sociedade patriarcal. Mesmo com tantos avanços e conquistas das mulheres, não ter filhos, não gerar, é afastar-se da ‘norma’ do que é ‘natural’, é uma forma de organização social que impõe às mulheres ‘inférteis’ a mesma cobrança, sob pena de desaprovação social.

As tecnologias conceptivas se apresentam com a conotação de escolha reflexiva da maternidade, mas as falas das usuárias nos revelaram muito mais uma busca desesperada por uma alternativa de engravidar, independente dos procedimentos a serem submetidas. Muitas delas buscaram o serviço sem saber de fato se eram ou não inférteis. Só sabiam que não conseguiam engravidar, mas desconheciam a causa.

O desejo de ter filhos das usuárias está alicerçado às preocupações constantes com o tempo/envelhecer social e biológico que influenciam no cumprimento do papel social de esposa e mãe, na materialização do amor do casal, na continuidade da família nas gerações futuras, na comprovação da fertilidade e também na necessidade de ‘corrigir’ um problema de saúde que causou a infertilidade.

Entende-se que o acesso às técnicas reprodutivas é uma alternativa de escolha para as mulheres que sofrem de infertilidade e lutam pela garantia dos direitos reprodutivos. Entretanto, diante da demanda reprimida desse serviço, deve-se ter cautela para que o mesmo não seja subsumido à lógica do livre mercado, como destaca Scavone (2004), podendo penalizar novamente as mulheres, ao colocar em risco os direitos reprodutivos adquiridos e transformá-los em novas ‘obrigações femininas’.

Essa foi uma das dificuldades identificadas neste estudo, que se configura na ausência de políticas de saúde para as mulheres com foco na garantia dos direitos reprodutivos conceptivos, que viabilize o acesso às tecnologias de reprodução humana assistida no serviço público de saúde. Com a extinção do serviço de RH ofertado pelo IMIP no ano de 2016, o quadro que se configura é de exclusão de parte da população que vivencia a infertilidade e não possui condições financeiras de acessar as clínicas privadas de fertilização. Isso desdobra-se na invisibilidade da infertilidade como problema de saúde e na violação dos direitos reprodutivos, ocasionando uma demanda reprimida com muitas filas de espera, nos poucos serviços públicos de saúde que ainda ofertam essa tecnologia gratuitamente.

Como facilidade destaca-se a ‘vontade de ser ouvida’ revelada pelas entrevistadas, que se colocaram dispostas em contribuir com a pesquisadora e retrataram em suas falas o cotidiano do serviço de RHA, as expectativas vivenciadas na busca pela maternidade e os conflitos sociais, emocionais e psicológicos sentidos na concretude do desejo por filhos.

Para desdobramentos futuros sugere-se uma análise da realidade atual vivenciada pelos casais inférteis no Brasil, no contexto de extinção da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e redução/fechamento dos serviços públicos de saúde que ofertam esse tipo de tecnologias conceptivas.

## **REFERÊNCIAS**

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 121-132, aug. 2006.

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. C. **Health sector reform in Brazil, 1995-1998: an health policy analysis of a developing health system.** 2000. Thesis (PhD in Health Services Studies) - The University of Leeds, Leeds, 2000.

BADINTER, E. **O conflito: a mulher e a mãe.** Rio de Janeiro: Record, 2011.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas.** São Paulo: Brasiliense, 2004.

BRENES, A. C. Maternidade. In: FLEURY-TEIXEIRA, E; MENEGUEL, S. N; (org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. p. 215-16.

CALDAS, M. **Relatório do Serviço de Reprodução Humana Assistida do IMIP.** Recife: IMIP, 2015.

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.

DUARTE, R. **Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo.** Cadernos de Pesquisa, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Bookman, 2004.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing.** Thousand Oaks: Sage, 1996.

MATHIEU, N. Sexo e Gênero. In: HIRATA, Helena (*et. al.*). **Dicionário crítico do feminismo.** São Paulo: UNESP, 2009. p. 222-231.

MATOS, M. Gênero. In: FLEURY-TEIXEIRA, E; MENEGUEL, S. N; (org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. p. 153-55.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 107-120, mar. 2012.

MENEGHEL, S. N. Medicalização das Violências. In: FLEURY-TEIXEIRA, E; MENEGUEL, S. N; (org.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. p. 216-17.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MOTTA, A. **Gênero e geração: de articulação fundante a “mistura indigesta”.** In: FERREIRA, S. L.; NASCIMENTO, E. R. **Imagens da mulher na cultura contemporânea.** Salvador: NEIM/UFBA; 2002. p. 35-49. (Coleção Bahianas, v. 7).

RODRIGUES, G. C. **O dilema da maternidade.** São Paulo: Annablume; 2008.

ROHDEN, F. **A arte de enganar a natureza:** contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

SAFFIOTI, H. A ontogênese do gênero. In: STEVENS, C; NAVARRO-SWAIN, T; (org.). **A construção dos corpos:** perspectivas feministas. Florianópolis: Editora Mulheres, 2008. p. 149-82.

SARDENBERG, C. M. B; MACEDO, M. Relações de gênero: uma breve introdução ao tema. In: COSTA, Ana Alice Alcântara; TEIXEIRA, Alexnaldo; VANIN, Iole Macedo (org.). **Ensino e Gênero:** perspectivas transversais. Salvador: UFBA/NEIM, 2011. p. 33-48.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida:** feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora da UNESP, 2004.

SCOTT, J. W. **Gênero:** uma categoria útil para análise histórica. *Educação e Realidade*, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SORJ, B. Relações de gênero e teoria social. In: XVII Reunião da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais; 1993, Caxambú, Brasil. Caxambú: **Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais;** 1993.

TAMANINI, M. **Reprodução assistida e gênero:** o olhar das ciências humanas. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2009.

TRIVINOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

Submetido: 20/03/2017

Aprovado: 05/03/2018