

Tecnologia e normas de gênero: contribuições para o debate da bioética feminista

Marilena C. D. V. Corrêa
Márcia Arán

Resumo Este artigo de revisão tem como objetivo contribuir para o debate sobre a Bioética Feminista por meio de duas abordagens: primeiramente, busca situar a discussão teórica sobre a questão da tecnologia e o sistema sexo/gênero no campo dos estudos feministas. Em uma vertente dominante até os anos 1970, estes estudos enfatizam a análise dos dispositivos específicos de regulação (legais, institucionais, militares, educacionais, sociais, psicológicos e psiquiátricos) que dominam os corpos e constroem gêneros. Em outra vertente, posterior aos anos 1980, as tecnologias de gênero são compreendidas por meio de uma concepção produtiva do poder, a partir da reiteração e da repetição de normas, particularmente, da matriz heterossexual (que constitui, a um só tempo, a dominação masculina e a exclusão da homossexualidade). A partir da apresentação e do cruzamento destas teorias, é abordado, em segundo lugar, o problema das normas de gênero e tecnologia em dois casos: o das novas tecnologias reprodutivas e o da regulamentação das transformações corporais na transexualidade.

Palavras-chave: Bioética Feminista. Gênero. Transexualidade. Novas tecnologias reprodutivas. Medicalização. Bioética. Feminismo. Direitos Humanos e saúde.



Marilena C. D. V. Corrêa
Instituto de Medicina Social da
Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil

As bio e ciber-tecnologias contemporâneas são ao mesmo tempo o resultado de estruturas de poder e enclaves possíveis de resistência a este mesmo poder, nos dois casos, um espaço de reinvenção da natureza.

Beatriz Preciado

Gênero e tecnologia

O termo tecnologia remete a um ofício, à arte de fabricar ou a um instrumento supostamente usado pelo homem para dominar a natureza. Impregnado por uma visão positivista de desenvolvimento e progresso científico, este termo reitera os dualismos presentes no pensamento moderno ocidental, quais sejam: natural/artificial; organismo/máquina; moderno/primitivo e, em última instância, masculino/feminino. A utilização destas categorias em vários sistemas de saber acaba por associar o feminino à natureza e o masculino à cultura.



Márcia Arán

Instituto de Medicina Social da
Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Vários trabalhos realizados no campo dos estudos feministas partem deste pressuposto, considerando o gênero como uma forma de regulação social. Dispositivos específicos de regulação – legais, institucionais, militares, educacionais, sociais, psicológicos e psiquiátricos – são evocadas no intuito de refletir sobre como tais regulações dominam os corpos e constroem gêneros. Em geral, se tende a pensar que existe uma separação entre o poder da regulação - entendido como uma estrutura unificada e autônoma, no caso tecnológica – e o corpo sexuado, como se o primeiro agisse reprimindo e moldando o segundo, transformando-o em masculino ou feminino ¹.

A obra de Thomas Laqueur ² constantemente mencionada neste debate, procurou demonstrar como a ciência moderna, matriz da biomedicina contemporânea, se constitui a partir da fabricação do corpo feminino como objeto privilegiado do conhecimento e do desenvolvimento científico e tecnológico. A sua hipótese fundamental é que diferentemente da Antigüidade ou mesmo da Idade Média, que tinham como referência a obra de Galeno, na qual predominava o modelo do sexo único, a modernidade se caracteriza pela descoberta e invenção do modelo de dois sexos. Assim, o corpo feminino descrito por meio da ênfase nos *órgãos reprodutivos*, no *cérebro menor* e na *fragilidade dos nervos* foi fabricado para fundamentar o lugar inferior da mulher na sociedade, justificando a sua permanência no espaço privado.

Para Galeno, o calor vital representava os diferentes *graus de perfeição metafísica*, na qual se supunha uma continuidade entre ser homem e ser mulher; esta considerada uma versão imperfeita daquele, possuía os órgãos sexuais internos e invertidos ². A diferença sexual que antes era problematizada por meio do *grau de calor*, numa escala vertical onde o *telos* era o masculino, passa a ser representada em uma biologia, agora incomensurável, na qual homens e mulheres são tratados como *essencialmente* diferentes,

devendo, por isso, exercer papéis sociais radicalmente distintos.

A esfera da reprodução humana é particularmente rica para visualizar os efeitos deste deslocamento e, de fato, os estudos feministas dos anos 1970, originados daquela matriz teórica, visaram demonstrar que as noções amplamente naturalizadas de maternidade e de feminilidade estariam ancoradas, seja numa suposta biologia ou numa concepção estruturalista da subjetividade. Dito de outra forma, elas seriam expressões de saberes politicamente construídos. Neste sentido, por um lado, a crítica feminista promoveu uma das maiores rupturas epistemológicas do século XX, ao escrever a história política da reapropriação do corpo das mulheres pela ciência e pela tecnologia ³. Por outro lado, este mesmo feminismo acabou, em parte, reproduzindo o modelo dualista que promovia e perpetuava a dominação masculina.

Ao enfatizar o fato de os artefatos tecnológicos estarem a serviço do patriarcado na sua versão científica e cultural – ainda que no intuito de libertar as mulheres – a abordagem feminista acabou por descrever e positivar uma suposta *essência feminina* que deveria permanecer afastada dos perigos ligados à técnica e ao progresso científico; como se às mulheres não coubesse uma posição diferente daquela voltada para a submissão. Desta forma, ao perpetuar as oposições binárias natureza/cultura, feminino/masculino, o feminismo da década de 1970 acabou por manter a gramática normativa do sistema sexo/gênero nas amarras e becos sem saída da velha oposição essencialismo/construtivismo.

Diante disso, foi necessária uma virada teórica, no campo feminista, ao final dos anos 1980, particularmente com as contribuições de Judith Butler, Tereza de Lauretis e Donna Haraway, entre outras, para que se viesse a redefinir as relações entre gênero e tecnologia. Para Judith Butler, o gênero pode ser considerado uma forma de regulação específica que tem efeitos constitutivos sobre a subjetividade. As regras que governam a identidade inteligível são parcialmente estruturadas a partir de uma matriz que estabelece, a um só tempo, uma hierarquia entre masculino e feminino e uma heterossexualidade compulsória. Nestes termos, o gênero não é nem a expressão de uma essência interna, nem um simples artefato de uma construção social ⁴. O gênero não é nem mesmo uma construção social imposta a uma matéria antes determinada (o sexo). O sujeito gendrado (*gendered*) seria antes o resultado de repetições constitutivas que impõem efeitos substancializantes em uma trajetória. Com base nestas definições, Butler afirma que o gênero é uma norma. Em outras palavras, *uma identidade tenuamente construída através do tempo* por meio de uma repetição incorporada através de gestos, movimentos e estilos ⁵. Seguindo este raciocínio, os efeitos de gênero emergem da reiteração da matriz heterossexual constituída, ao mesmo tempo, pela dominação masculina e pela exclusão da homossexualidade.

Da mesma forma, Tereza de Lauretis afirma que o gênero não é algo intrínseco aos seres humanos, mas, sim, o conjunto de efeitos produzidos em corpos, comportamentos e relações sociais, por meio do desdobramento

de uma complexa tecnologia política. A autora propõe, para o debate feminista contemporâneo, a análise de diversas *tecnologias de gênero* (cinema, mídia e narrativa) que, longe de promoverem apenas diferenças binárias, produzem diferenças sexuais, corporais, de idade e de raça, que se multiplicam e proliferam em distintas formas de subjetivação e enunciados de ação ⁶.

Donna Haraway, mais próxima da biotecnologia, procurou promover um deslocamento sem precedentes dos binarismos universalizantes, por meio da historicização das categorias de sexo, carne, biologia, raça e natureza, responsáveis pelas estruturas de dominação. A autora utiliza o termo *ciborgue* – um híbrido de máquina e organismo –, personagem presente na literatura da ficção científica contemporânea, como metáfora das transformações sociais, políticas e científicas do final do século XX. Haraway parte do pressuposto de que as novas tecnologias promoveram um colapso nas fronteiras entre orgânico e inorgânico, cultura e natureza, animais e seres humanos, exigindo a construção de uma nova cartografia política para a apropriação politicamente responsável da ciência e da tecnologia em favor dos *outros inapropriados* ⁷.

Em toda a literatura citada, podemos observar a influência do pensamento de Michel Foucault, na medida em que o autor situa o surgimento e o uso da tecnologia em um sistema de poder produtivo. Isso significa que a emergência de dispositivos disciplinares a partir dos séculos XVIII e XIX, particularmente na Medicina, na Psiquiatria, no Direito, e nas

Ciências Humanas, engendram uma nova *economia* do poder: procedimentos que fazem circular efeitos de poder e saber de forma contínua, ininterrupta, adaptada e *individualizada*, em todo o corpo social, por intermédio de técnicas sutis, eficazes e menos dispendiosas. Mais do que limitar ou aniquilar, o *biopoder* produz, intensifica e ordena forças, fazendo do indivíduo não o outro do poder, mas um dos seus primeiros efeitos ⁸.

Correlativamente, no modelo disciplinar a análise do poder não pode estar restrita ao estudo de um fenômeno de dominação maciço e hegemônico de um indivíduo sobre outro ou de um grupo sobre os outros. Interessa analisar *como funcionam as coisas ao nível do processo de sujeição ou dos processos contínuos e ininterruptos que sujeitam os corpos, dirigem gestos, regem os comportamentos etc.* ⁸ e, pode-se acrescentar, *constroem gêneros*. Em um primeiro momento, o biopoder consistirá em técnicas e procedimentos centrados essencialmente no *corpo* individual, que visam assegurar sua distribuição espacial e a organização de sua visibilidade; isto é, técnicas de racionalização e de economia destinadas a aumentar sua força útil, que caracterizam a *disciplina*. A seguir, Foucault propõe um segundo conjunto de técnicas de poder que não exclui o primeiro, mas que além de integrar o corpo, se dirige essencialmente à *gestão da vida* - nascimentos, mortalidade, saúde e longevidade. Em suas palavras, não mais apenas uma *anatomo-política do corpo* como também uma biopolítica da vida.

Assim, o *sexo* é o resultado complexo de uma experiência histórica singular e não uma inva-

riante, passível de diversas manifestações. Falar de sexualidade é referir-se à produção dos saberes que a constituem, aos sistemas de poder que regulam suas práticas e às formas pelas quais os indivíduos podem e devem se reconhecer como sujeitos sexuados ⁹. As principais estratégias indicadas por Foucault na construção do dispositivo da sexualidade são a histerização do corpo da mulher; a pedagogização do sexo das crianças; a socialização das condutas de procriação e a psiquiatrização do poder perverso. Elas permitem apreender a forma de organização social que se estabeleceu por meio da hierarquia entre o masculino e o feminino, com o objetivo explícito de controle da reprodução biológica e social, como também a matriz identitária heterossexual, que passou a patologizar e a excluir (aquelas) sexualidades, ditas desviantes.

Segundo Preciado ¹⁰, apesar de Foucault oferecer algumas ferramentas conceituais para compreender a fabricação do dispositivo da sexualidade, fundamentalmente por sua análise do poder disciplinar, parece não levar em conta um conjunto de transformações profundas nas tecnologias de produção de corpos e subjetividades que aconteceram a partir da Segunda Guerra Mundial, as quais têm como referência não mais a soberania e a disciplina. As estas, Deleuze propõe chamar de *Sociedade de Controle* ¹¹. Nas palavras daquela autora: *o contexto somatopolítico (de produção tecnológica do corpo) posterior a segunda Guerra Mundial parece estar dominado por um conjunto de novas tecnologias do corpo (biotecnologias, cirurgia, endocrinologia etc.) e as representações (fotografia, cinema, televisão, cibernética etc.) que infiltram e penetram*

a vida cotidiana como nunca haviam feito antes. Se trata de biotecnologias biomoleculares, digitais e de transmissão de informação em alta velocidade: é a era das tecnologias brandas, ligeiras, viscosas, de tecnologias gelatinosas, injetáveis, aspiráveis e incorporáveis ¹⁰.

Desta forma, ainda segundo Preciado, se na sociedade disciplinar a arquitetura e a ortopedia serviam de modelo para entender a relação corpo e poder, nas sociedades de controle assistimos progressivamente a miniaturização, a internalização e a introversão dos dispositivos de vigilância. A principal característica destas novas tecnologias é tomar a forma do corpo que controlam. A partir da apresentação e da conexão destas teorias, pretende-se abordar, ainda que de forma limitada neste espaço, o problema das normas de gênero e tecnologia em dois casos: o das novas tecnologias reprodutivas (ou reprodução assistida) e o da regulamentação das transformações corporais na transexualidade.

Efetivamente, desde a segunda metade do século XX, assiste-se a um processo contínuo de incorporação de tecnologia pela medicina e em práticas de saúde, que se intensifica particularmente a partir da década de 1970, a tal ponto que, paralelamente a este processo, tem lugar o surgimento de um novo campo de saber que é a *bioética*, instância de debate e de controle dos conflitos morais ligados ao corpo, à saúde e à vida em geral, face ao novo regime de alta concentração da tecnociência na área biomédica ¹². Este novo regime altera definições tão fundamentais como as relativas à vida, propondo questionamento como qual o

estatuto do embrião congelado? Também excursiona no terreno relativo à morte, com o deslocamento da identificação da morte por parada cardíaca à morte cerebral e seus desdobramentos no plano da doação de órgãos, transplantes etc. A bioética pretende controlar ainda a discussão sobre a diferença sexual, com a possibilidade concreta da filiação homossexual e da mudança da identidade sexual. A partir de então, a questão do acesso à saúde - quem pode ter acesso às novas tecnologias? - e a regulamentação das práticas têm sido novos territórios da biopolítica contemporânea, que interfere diretamente na produção dos sistemas normativos de *sexo-gênero*.

Normas de gênero e novas tecnologias reprodutivas

Será na área da reprodução humana que as biotecnologias – e está-se enfocando, aqui, as novas tecnologias reprodutivas – trarão impacto sem precedentes. Precisam ser considerados não apenas os efeitos diretos e concretos dos processos biotecnológicos, mas também o imaginário mais amplo, que inclui aquelas pessoas que não são usuárias ou alvo destas técnicas. Ao interferir no processo de procriação (concepção), a incorporação de tecnologia pela medicina reprodutiva atinge em cheio questões de filiação e família, parentesco, papel social de homens e mulheres, mobilizando de forma extrema as tensões do sistema sexo-gênero, as representações do natural/artificial e do biológico/social, apontadas entre outros por Corea¹³; Harding¹⁴; Lowy¹⁵; Scutt¹⁶; Villaine¹⁷; Davis-Floyd e Dummit¹⁸; Franklin e Ragone¹⁹; Ginsburg e Rapp²⁰; e Strathern²¹.

Em dois pontos assimétricos, desenvolvidos adiante, cabe pensar a reiteração das normas de gênero face às propostas das novas tecnologias reprodutivas: a) no caso da Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide (ICSI), uma forma de Fecundação *in Vitro* (FIV) na qual uma mulher *sadia* deve se submeter, em nome da realização da maternidade e, sobretudo, da paternidade de seu parceiro, a tratamentos dolorosos, caros, pouco eficazes, mesmo não sendo doentes (caso); b) na questão da definição jurídica e bioética de quem pode ter acesso às novas tecnologias reprodutivas – se apenas casais heterossexuais unidos ou pessoas sozinhas, homossexuais em parceria etc.²².

Não se deve esquecer que quando surgem os bebês de proveta, toda a seqüência reprodutiva humana encontrava-se já normativa e tecnologicamente medicalizada (vigilância das sexualidades, regras de amamentação, cuidados com bebês, contracepção hormonal, dentre outros aspectos). Mas o ponto central das tecnologias reprodutivas conceptivas de alta complexidade são as técnicas de FIV. E isso pelo fato de: deslocarem o embrião humano para fora do corpo da mulher e para dentro do laboratório, para as mãos de especialistas e cientistas; promoverem uma importante circulação de elementos reprodutivos humanos individualizados, a partir de sua separação do encontro de corpos (óvulos, espermatozoides, células reprodutivas intermediárias doados ou trocados, embriões congelados etc.)²³.

Isso é ainda mais problemático uma vez que as técnicas, ditas de reprodução medicamente assistida, têm baixa eficácia (sucesso) e a

forma de contornar este problema tem sido a seguinte: produzem-se óvulos em número elevado, com vistas a gerar embriões *in-vitro* (muitos deles excedentes em relação ao projeto de reprodução). Para se ter uma idéia, no ciclo de fertilização *in vitro* (ciclo FIV), o encontro de óvulos e espermatozóides se dá em placas de vidro no laboratório e os embriões são posteriormente transferidos para o útero da mulher, sendo central a questão da obtenção dos óvulos. Esta envolve várias fases, começando com uma complexa administração de diferentes hormônios para a formação de múltiplos folículos ovarianos, seguida pela verificação de maturação até sua captura por ato cirúrgico (punção). A seguir, é tentada a fecundação *in vitro* para posterior transferência de embriões (sendo os embriões excedentes congelados, doados, descartados, dirigidos à pesquisa). Se implantados, pode ou não haver o desenvolvimento de gravidez até o nascimento de um ou mais bebês. Cada etapa dos diferentes processos é monitorada sob estrita cronometragem e precisão (por testes de laboratório, ultrassonografia e procedimentos tecnológicos). Entre cada fase do ciclo há perdas (o que abaixa o sucesso das técnicas), riscos para a saúde, sendo a transferência de um número elevado de embriões – proposta médica para a melhoria das taxas de sucesso das novas tecnologias reprodutivas – o procedimento responsável pelos maiores riscos para a saúde de mulheres e bebês.

O que fazer com estes embriões, inicialmente considerados um problema no campo da medicina reprodutiva? ²⁴ Aqui vão surgir efeitos muito além dos inicialmente antevistos no

processo de procriação medicalizada; uso de embriões em pesquisa, tecnologia de células-tronco, desenho de embriões, seleção sexual, formação de quimeras etc. são incorporados às práticas da medicina reprodutiva, colocando desafios nada simples para os indivíduos usuários destas técnicas. Assim, aos desdobramentos no plano social (da família, por exemplo) tem-se desdobramentos industriais e laboratoriais não previstos.

Inicialmente, essa tecnologia foi estabelecida para alocar crianças biologicamente relacionadas a casais impedidos de reprodução por via sexual, reproduzindo tecnologicamente o mundo natural. E, até hoje, elas representam sem dúvida um reforço à naturalização da reprodução, com tudo o que isso pode comportar para os gêneros ²⁵. Assiste-se permanentemente ao esforço da medicina e da ordem jurídica para ocultar o lado *subversivo* potencialmente ligado a essa biotecnologia; seja por meio da construção médica e social do *casal infértil*, que trata um homem e uma mulher como se fosse uma só pessoa; seja por intermédio dos movimentos regulatórios do *acesso* à reprodução assistida ²⁶, pelos quais se buscam definir e limitar quem poderia legitimamente portar um *desejo de filhos ou de reprodução ou de família*.

Cabe mencionar, neste ponto, o problema incontornável da (in)definição da infertilidade ^{27, 28, 29} e o papel do chamado desejo de filhos (ou de reprodução), motor do processo de reprodução medicamente assistida. De fato, na ausência desta demanda, ninguém é definido ou diagnosticado como *infértil*.

Apenas o desejo oposto, de permanecer sem filhos, pode colocar limites – delimitar – uma tal definição, que nada tem a ver com a sexualidade ^{30,31,32}.

Com relação ao *casal infértil*, se nos anos 1970, as primeiras pesquisas sobre bebês de proveta estavam ligadas a casos medicamente definidos como de esterilidade tubária (ditas *infertilidades femininas*), esta *indicação* se ampliará às infertilidades *sem causa aparente* (consideradas também *femininas*) até que nos anos 1990, para fazer face ao insucesso da FIV em casos de infertilidades *masculinas*, uma nova proposta, tecnologicamente ainda mais invasiva, tem lugar: a técnica de injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI) vai selecionar um único espermatozóide e injetá-lo diretamente no óvulo. A ICSI vai, assim, permitir que homens impossibilitados de se reproduzirem constituam uma descendência biologicamente relacionada.

Inicialmente, essa nova técnica foi questionada na literatura médica e bioética, em função de uma ameaça hipotética ao processo de seleção natural (na medida em que um único e singular espermatozóide é escolhido). Tal questionamento deveu-se, também, de tratar-se da célula de homem infértil, com possibilidade de transmissão de doenças e da própria infertilidade para a criança ³³. Mas apenas a bioética feminista colocou como problemática o fato de uma mulher fértil e sadia sofrer a mesma manipulação exigida pela FIV: pesada, dolorosa, com riscos para sua saúde. Como apontado por Löwy ³⁴, com a ICSI o DNA da linhagem paterna não conhece mais limites

para sua perpetuação; o único obstáculo para o homem infértil tornar-se biologicamente fértil é encontrar uma mulher que queira gerar um bebê FIV para ele.

A aplicação dessas técnicas deixa vaziar contradições inevitáveis das relações entre os sexos e falar no protagonismo da mulher neste quadro é um enorme desafio. O acesso às técnicas de reprodução assistida (RA), colocado em termos de direitos iguais - de constituir famílias e de se reproduzir - tem implícita uma igualdade entre os gêneros que as técnicas de RA não conseguiram, até hoje, sustentar, no que diz respeito ao corpo, à experiência (da gravidez) e à saúde (ligada às manipulações do ciclo FIV) para homens e mulheres. Como equacionar estas diferenças é o desafio para a Bioética Feminista, mas sobretudo para a imaginação dos cientistas, que produzem construções que não costumam contrariar concepções enraizadas em seus juízos.

Além disto, de acordo com Iacub ³³, é importante ressaltar que a liberdade procriativa em sentido positivo não encontra limites quando se trata de casais heterossexuais, em idade fértil e que não apresentam nenhum tipo de problema quanto a prática do ato sexual para fins reprodutivos. Ou seja, a procriação natural reforça as representações da diferença de sexo para a transmissão da vida, garantindo a continuidade das futuras gerações. Mas quando para procriar, se deve recorrer a métodos artificiais, médico-tecnológicos, o desejo de procriação é colocado sob suspeita, traduzida na intermediação do Estado, das

instâncias bioéticas e jurídicas na definição sobre quem pode ter acesso. Ao estabelecer que somente casais heterossexuais podem ter acesso à reprodução assistida, por exemplo, tem-se como efeito a *retirada* do caráter de artificial da técnica e a renaturalização da procriação (tecnológica). A desigualdade *natural* das performances corporais face à procriação biológica serve como critério negativo para negar o acesso a indivíduos ou casais (homossexuais) para quem as tecnologias reprodutivas seriam eficazes, da mesma forma que o são para os heterossexuais inférteis, evidenciando-se o caráter político de tal intervenção.

Em termos de acesso e da regulação do acesso, os Estados Unidos costumam ser apontados como exemplo de liberalismo na área, mas como muito raramente encontra-se cobertura de saúde para a reprodução medicamente assistida naquele país, embora, exista em tese a possibilidade de arranjos envolvendo homens e mulheres, homossexuais e heterossexuais, na prática, a liberdade para inovar na esfera da família e do parentesco é transformada em privilégio de classe, também naquele país³⁴. Revela-se, assim, a tendência de reproduzir socialmente a discriminação dos valores e das próprias pessoas que se encontram embaixo da hierarquia social²⁴. Isso não é um problema menor no Brasil, onde as novas tecnologias reprodutivas se instalaram e se mantêm, basicamente no setor privado, o que constitui objeto de preocupação de uma bioética feminista, comprometida com a redução das desigualdades não apenas entre homens e mulheres, mas entre as mulheres, em geral.

Normas de gênero e transexualidade

Em linhas gerais, costuma-se definir a transexualidade pelo sentimento de não pertencimento ao *sexo anatômico*, sem a manifestação de distúrbios delirantes e sem bases orgânicas. Pode-se dizer que a fundamentação deste fenômeno na atualidade está baseada em dois dispositivos distintos. O primeiro diz respeito ao avanço da biomedicina na segunda metade do século passado – principalmente, o que se refere ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas e ao progresso da terapia hormonal – que faz do desejo de *adequação* sexual uma possibilidade concreta. O segundo concerne à forte influência da sexologia na construção da noção de *identidade de gênero* como sendo uma *construção sócio-cultural*, independente do *sexo natural* ou biológico³⁵.

O discurso atual sobre o transexualismo na Medicina, na Psiquiatria e em parte na Psicanálise faz desta experiência uma patologia, considerando-a um *transtorno de identidade*, dada a não conformidade entre *sexo* biológico e *gênero*. Nota-se que nestas teorias, o que define o diagnóstico de transexualismo é uma concepção normativa seja dos sistemas de *sexo-gênero*, seja do dispositivo *diferença sexual*³⁶. Ambas estão fundadas numa matriz binária heterossexual que se converte em sistema regulador da sexualidade e da subjetividade. Neste raciocínio, *gêneros* inteligíveis são aqueles que mantêm uma continuidade entre *sexo*, *gênero*, práticas sexuais e desejo, por intermédio dos quais a identidade é reconhecida e adquire um efeito de substância. Outros tipos de identida-

des de gênero convertem-se em meras falhas do desenvolvimento ou impossibilidades lógicas, precisamente porque não se conformam às normas de inteligibilidade cultural⁵.

Sabe-se que a partir da instauração da norma heterossexual e reprodutiva no séc XIX, deu-se a psiquiatrização do prazer perverso, o que fez com que a homossexualidade se tornasse o centro organizador do discurso sobre o desvio³⁷. Desde então, o transexualismo, derivado da psiquiatrização da homossexualidade, passa a ser descrito como patologia e, até hoje, sua teorização sofre as influências desta origem genealógica.

As primeiras cirurgias de transgenitalização foram realizadas por volta de 1920 na Alemanha e na Dinamarca. Tais procedimentos eram considerados práticas de *adequação sexual* e associados ao tratamento de *pseudohermafroditas* e *hermafroditas verdadeiros*. Porém foi somente com a intervenção praticada por Christian Hamburger, em 1952, num jovem de 28 anos chamado George Jorgensen, ex-soldado do exército americano, que este procedimento veio a público. Desde então, duas grandes linhas teóricas – uma endocrinológica e outra psicossocial – foram produzidas ao longo do século XX, na tentativa de explicar a transexualidade e justificar o caráter terapêutico da cirurgia de transgenitalização. As principais referências destas linhas são as teses de Henry Benjamin (médico endocrinologista), John Money (psiquiatra) e Robert Stoler^{38, 39}. A apropriação desse fenômeno pela medicina, pela proposição de tratamentos direcionados a transexuais, deu

origem a um problema ético, já que esse tipo de intervenção médica não era permitido em todos os países e estava gerando pedidos de redefinição do sexo civil⁴⁰.

Nesse contexto, foi necessário que as redesignações sexuais estivessem inseridas em processos terapêuticos formais e que os procedimentos fossem normatizados, culminando na criação de centros de transgenitalização e na elaboração de protocolos de atendimento, com base na Escala de Orientação Sexual, criada por Harry Benjamin. Assim, em 1973, Norman Fisk fundamentou uma nosografia psiquiátrica para o transexualismo, ancorada fundamentalmente num autodiagnóstico e, em 1977, essa condição foi incorporada à categoria psiquiátrica de *Disforia de Gênero*, depois substituída por *Transtorno de Identidade de Gênero* (TIG), um *híbrido psiquiátrico-sociológico* que tinha como único objetivo responder à necessidade de regulamentação do acesso⁴⁰.

Seguindo essa tendência mundial, no Brasil o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução 1.482/97, aprovou a realização de cirurgias de transgenitalização nos hospitais públicos universitários, a título experimental⁴¹, subordinando as intervenções, também, às normas e diretrizes éticas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde⁴², sobre pesquisas envolvendo seres humanos. A partir daquele ano, vários serviços interdisciplinares especializados começaram a se organizar, motivados, principalmente, pela demanda de transexuais ao atendimento público, após a divulgação pela mídia da aprovação da resolução do CFM, que,

finalmente, reconhecia como lícita à realização dos procedimentos no Brasil.

No ano de 2002, o CFM reformulou a Resolução 1.482/97 e aprovou a nova Resolução CFM 1.652/2002⁴³, atualmente vigente, que ampliou as possibilidades de acesso aos procedimentos de transexualização, retirando o caráter experimental da cirurgia do tipo neocolpovulvoplastia e mantendo o da cirurgia do tipo neofaloplastia. Esta ampliação tornou possível o atendimento das transexuais femininas em qualquer instituição de saúde, pública ou privada, impondo novos desafios relacionados ao acesso aos procedimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) e na iniciativa privada.

Na Jornada sobre *Transexualidade e Saúde: a assistência pública no Brasil*, promovida pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que contou com o apoio da Sociedade Brasileira de Urologia, em 2005, se pode observar que estes Serviços são bem distintos. Embora todos tenham se constituído em equipes multidisciplinares, a implantação dos programas foi bastante lenta e sofreu muitas resistências institucionais, as quais vão desde a dificuldade de construção de um espaço de acolhimento e de cuidado para esta clientela (devido a preconceitos por parte de outros pacientes e funcionários), passando por conflitos a propósito da equidade do acesso ao tratamento público (já que a maioria dos hospitais estabelece outras prioridades de assistência), até problemas éticos e jurídicos das mais diversas ordens.

O contato inicial com os principais hospitais universitários que prestam assistência a pacientes transexuais confirmou a diversidade de experiências assistenciais. Embora sigam a resolução do CFM, os serviços desenvolvem práticas clínicas e cirúrgicas distintas⁴⁴. É importante destacar que alguns desses serviços já se constituíram como programas consolidados, atendendo um grande número de pacientes, amalhando vasta experiência na área de assistência e pesquisa e tornando-se, assim, referência, como é o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul⁴⁵ e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo⁴⁶.

No entanto, é importante destacar que a exigência do diagnóstico psiquiátrico como condição de acesso ao tratamento vem sendo continuamente problematizada, nas contribuições nos campos da Saúde Coletiva, das Ciências Sociais e da Bioética. A partir do relato de experiências assistenciais, alguns autores destacam que a certeza quanto ao pertencimento ao gênero oposto, a qual às vezes se expressa pela crença numa identidade fixa, se repete no cotidiano do atendimento a pacientes transexuais. Porém, afirmam que a transexualidade não necessariamente fixa uma posição subjetiva e destacam a importância de deslocar a manifestação social da transexualidade da necessidade de traduzi-la imediatamente numa patologia, numa estrutura ou num modo de funcionamento específico, o que permitiria escapar da sua psiquiatrização. A experiência transexual, neste sentido, comportaria várias formas singulares de subjetivação^{35,38,44,47}. Além disso, discute-se também que não existe um

processo específico de construção das identidades de gênero nos transexuais e, desta forma, não se deve esperar de transexuais um comportamento fixo, rígido, adequado às normas de feminilidade ou de masculinidade ^{39,48}.

Outra proposição que tem se destacado no debate é a importância de desvincular a possibilidade da mudança do registro civil da realização da cirurgia de transgenitalização, já que a permissão para troca de nome e sexo no registro civil resolveria o problema mais agudo da vida cotidiana dos transexuais ^{48,49}. Estes questionamentos inauguram novos desafios éticos para a regulamentação das modificações corporais nas práticas de saúde, assim como propiciam um novo território teórico para o debate sobre a autonomia dos transexuais e transgêneros.

Comentários finais

A organização da Bioética como um campo autônomo pode afetar a abordagem de temas tradicionalmente tratados por outras áreas e disciplinas – Ciências Sociais, Antropologia, Psicanálise, História, estudos culturais etc. – como nos dois casos aqui problematizados, que dizem respeito à sexualidade e à reprodução ⁵⁰. Isso é ainda mais verdadeiro, em contextos como o brasileiro onde, como se sabe, a Bioética difundiu-se, predominantemente em instituições médicas (órgãos de classe), teológicas e, em seguida, jurídicas. Contrariamente ao que se passou, por exemplo, nos Estados Unidos, onde cursos de bioética se implantaram na Universidade, ligados a departamentos de ciências humanas e de filo-

sófia, essa tendência *brasileira* não se estabeleceu sem conseqüências para a Bioética Feminista ou a bioética crítica, em geral, nos anos 1980 ⁵¹. Aquela tendência dominante inicial vem se alterando, a partir de meados dos 1990, com a construção e a solidificação do debate sobre uma bioética latino-americana. Neste âmbito, serão produzidos diversos deslocamentos neste ^{52,53}, com efeitos nas relações entre gênero e tecnologia e importante impacto na saúde pública, como atestam os dois casos aqui levantados: a luta pela ampliação do acesso a cirurgias de mudança de sexo e a ampliação da demanda por reprodução assistida nos serviços públicos.

Assim, neste trabalho, mais do que discutir as teorias dominantes na bioética tradicional, em particular os pressupostos da chamada teoria principialista face aos problemas enfocados, buscou-se contribuir diretamente para o debate da produção da norma sexual e reprodutiva pela incorporação das novas tecnologias. Particularmente, o debate de temas que pautam, hoje, o campo bioético: as implicações da aplicação de técnicas de reprodução assistida; e a questão da transexualidade, ou, dito de outra forma, da experiência transexual *versus* as definições médico-patológicas de quadros fixos, que têm orientado as intervenções nesta área.

Como discutido, partiu-se do pressuposto de que o gênero é um efeito performático de subjetivação, que adquire estabilidade em função da repetição e reiteração de normas. Desta forma, a construção histórica e social das sexualidades pode ser compreendida como um

processo de materialização que se estabiliza ao longo do tempo para produzir um efeito de naturalização. Neste sentido, importa pensar as normas reguladoras por meio das quais o sexo é materializado. Seguindo este raciocínio, os efeitos de gênero, ou mesmo de corpos, produzem a naturalização de categorias como maternidade, paternidade, desejo, sexualidade e identidade, fortemente reiteradas pela biotecnologia.

Porém, se reiteração da normalização da sexualidade é necessária, isto significa que a materialização nunca é de fato completa, já que os *corpos*

nunca obedecem *completamente* às normas pelas quais a sua materialidade é fabricada. Desta forma, as fronteiras e os limites que a biopolítica estabelece entre o inteligível e o impensável, faz do gesto de instauração da norma, a potencialidade da subversão. Assim, a contingência histórica e política pode desestabilizar os esquemas cognitivos e perceptivos de *sexo-gênero*, produzindo deslocamentos que colocam em questão a própria norma constitutiva. Neste sentido, o debate sobre as novas tecnologias na cultura contemporânea pode se tornar um território fértil para a atuação de uma Bioética Feminista comprometida com o exercício da liberdade e da diferença.

Resumen

Tecnología y normas de género: Contribuciones para el debate de la Bioética Feminista

Este artículo de revisión tiene como objetivo contribuir para el debate sobre la Bioética Feminista por medio de dos abordajes: Primero, busca situar la discusión teórica sobre la cuestión de la tecnología y el sistema sexo/género en el campo de los estudios feministas. En una vertiente dominante, hasta los años 1970, estos estudios enfatizan el análisis de los dispositivos específicos de regulación (legales, institucionales, militares, educacionales, sociales, psicológicos y psiquiátricos) que dominan los cuerpos y construyen géneros. En otra vertiente, posterior a los años 1980, las tecnologías de género son comprendidas por medio de una concepción productiva del poder, a partir de la reiteración y de la repetición de normas, particularmente, de la matriz heterosexual (que constituye, al mismo tiempo, la dominación masculina y la exclusión de la homosexualidad). A partir de la presentación y del cruzamiento de estas teorías, es abordado, en segundo lugar, el problema de las normas de género y tecnología en dos casos: El de las nuevas tecnologías reproductivas y el de la reglamentación de las transformaciones corporales en la transexualidad.

Palabras-clave: Bioética Feminista. Género. Transexualidad. Nuevas tecnologías reproductivas. Medicalización.

Abstract

Technology and gender standards: contributions to the debate of Feminist Bioethics

This review article expects to contribute for the debate on Feminist Bioethics through two approaches: first, it tries to consider the theoretical discussion on the issue of technology within the system sex / gender in the field of feminist studies. As a dominant field until the 1970's, these

studies emphasize the analysis of specific regulating tools (legal, institutional, military, educational, social, psychological and psychiatric) that dominate bodies and build genres. In another circumstance, after the 1980's, gender technologies are understood through a power's production conception, from the reiteration and repetition of standards, particularly, the heterosexual matrix (which constitutes, at the same time, the male domination and the exclusion of homosexuality). From the discussion and crossing of these theories, we further approach the problem of gender norms and technology in two cases: the new reproductive technologies and the regulation of bodily transformations in transsexuality.

Key words: Feminist Bioethics. Gender. Transsexuality. New reproductive technologies. Medicalization.

Referências

1. Butler J. *Défaire le genre*. Paris: Éditions Amsterdam; 2006.
2. Laqueur T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.
3. Preciado B. *El manifiesto contrasexual*. Madrid: Opera Prima; 2002.
4. Arán M, Peixoto Júnior CA. Subversões do desejo: gênero e subjetividade em Judith Butler. *Cadernos Pagú* 2007;(28):129-47.
5. Butler J. *Problemas de gênero*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
6. Lauretis T. *Technologies of gender*. Bloomington: Indiana University Press; 1989.
7. Haraway D. *Simians, cyborgs and women: the reinvention of nature*. London: Free Association Books; 1991.
8. Foucault M. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1992.
9. _____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 1990.
10. Preciado B. *Testo yonqui*. Madrid: Espasa; 2008.
11. Deleuze G. *Post-scriptum sobre as sociedades de controle*. In: Deleuze G. *Conversações 1972-1990*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.
12. Corrêa MCDV. *Bioética e reprodução assistida: infertilidade, produção e uso de embriões humanos*. In: Loyola MA. *Bioética, reprodução e gênero nas sociedades contemporâneas*. Brasília: Letras Livres, ABEP; 2005.
13. Corea G. *The mother machine: reproductive technologies from artificial insemination to artificial wombs*. New York: Harper and Row, 1985.
14. Harding S. *The science question of feminism*. Ithaca: Cornell University Press, 1986.
15. Löwy I. *Gender and science*. *Gender and history* 1999 Nov;11(3):514-27.
16. Scutt JA, editors. *Baby machine reproductive technology and the comercialisation of motherhood*. London: Green Print; 1990.
17. Vilaine A-M., Gavarini L, Coadic M. *Le, organizator. La maternité en mouvement les femmes, la re/production et les hommes de science*. Montreal: Presses Univ. Grenoble/ Ed. Saint Martin de Montréal; 1986.
18. Davis-Floyd R, Dummit J, editors. *Cyborg babies: from techno-sex to techno tots*. New York: Routledge; 1998.
19. Franklin S, Ragone H, editors. *Reproducing reproduction: kinship, power and technological innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1998.
20. Ginsburg, Rapp R, editors. *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*. Berkley: University of California Press; 1995.

21. Strathern M. *Reproducing the future: anthropology, kinship and reproductive technologies*. Manchester: Manchester University Press; 1993.
22. Diniz D, Buglione S. Quem pode ter acesso às novas tecnologia reprodutivas. In: _____. *Diferentes perspectivas do direito brasileiro*. Brasília: Letras Livres; 2001.
23. Corrêa MCDV. *A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo da reprodução assistida no Brasil [tese]*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1997.
24. Warnock M. *A question of life: the Warnock Report on Human Fertilization and Embriology*. London: Blackwell; 1985.
25. Corrêa MCDV, Loyola MA. Novas tecnologias reprodutivas: novas estratégias de reprodução. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 1999;9(1):209-34.
26. Conselho Federal de Medicina Resolução nº 1.358, de 11 de novembro de 1992. Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida [acessado em 11 Nov 2008]. Disponível em: URL: http://www.portalmedico.org.Br/resoluções/cfm/1992/1358_1992.htm.
27. Becker G, Nachtigall RD. Ambiguous relationship in the doctor-patient relationship: the case of infertility *Social Sciences and Medicine* 1991;32(8):875-85.
28. Becker G. Metaphors in disrupted lives: infertility and cultural constructions of continuity. *Medical Anthropology Quarterly* 1994;8(4):383-410.
29. Becker G. *The elusive embryo: how women and men approach new reproductive technologies*. Berkley: Los Angeles University of California Press; 2000.
30. Corrêa MCDV. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites*. Riode Janeiro: Eduerj; 2001.
31. Corrêa MCDV. *Medicina reprodutiva e desejo de filhos*. In: Grossi MP, Porto R, Tamanini M, organizadores. *Novas tecnologias reprodutivas: questões e desafios*. Brasília: Letras-Livres; 2003.
32. World Health Organization. *Current practices and controversies in assisted reproduction report of a meeting*. Genebra: WHO; 2001.
33. Iacub M. *Homoparentalité et ordre procreative*. In: Borrillo D, Fassin E, organizateurs. *Aù dela du PaCS: l'expertise familiale à l'épreuve de l'homossexualité*. Paris: Presses Universitaires de France; 1999.
34. Löwy I. *La fabrication du naturel: l'assistance médicale à la procréation dans une perspective comparée*. *Tumultes* 2006;26:35-55.
35. Arán M. *A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero*. *Ágora Estudos em Teoria Psicanalítica* 2006;9(1):49-63.
36. Arán M. *Políticas do desejo na atualidade: o reconhecimento social e jurídico do casal homossexual*. *Lugar Comum: estudos de mídia cultura e democracia* 2005;21/22:73-90.
37. Lanteri-Laura G. *Leitura das perversões*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1994.
38. Murta D. *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero sobre as práticas de saúde*. [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Unversidade Estadual do Rio de Janeiro; 2007.
39. Bento B. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
40. Castel P. *La métamorphose impensable: essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*. Paris: Galimard; 2003.
41. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.482, de 10 de setembro de 1997. Dispõe sobre o procedimento de transgenitalização e demais intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários [Acessado em Junho 2007]. Disponível em: URL: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482_1997.htm

42. Conselho Nacional de Saúde. (Brasil). Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Acessada em Nov 2008]. Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>.
43. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.652, de 6 de novembro de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a Resolução 1.482/1997. [Acessado em Jun 2007]. Disponível em: URL: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652_2002.htm
44. Arán M, Murta D, Zaidhaft S. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia e Sociedade* 2008;20(1):70-9.
45. Lobato MI. Transexualismo: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2001;50(11/12):379-88.
46. Saadeh A. Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino. [tese]. São Paulo: Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004.
47. Lionço T. Um olhar sobre a transexualidade a partir da perspectiva da tensionalidade somato-psíquica. [tese]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2006.
48. Zambrano E. Trocando os documentos: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo [dissertação]. Rio Grande do Sul: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
49. Ventura M. Transexualismo e respeito à autonomia: um estudo bioético dos aspectos jurídicos e de saúde da "terapia para mudança de sexo" [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2007.
50. Loyola M-A. Bioética, reprodução e gênero nas sociedades contemporâneas: uma introdução. In: _____. *Bioética, reprodução e gênero nas sociedades contemporâneas*. Campinas: Abep/LetrasLivres; 2005.
51. Diniz D; Guilhem D. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. *Bioética* 2000;7:181-7.
52. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública* 2001;17(4):949-56.
53. Kottow M. Sanitary justice in scarcity . *Cad. Saúde Pública* 1999;15(suppl.1):S43-S50.

Recebido: 28.5.2008 Aprovado: 29.8.2008

Contatos

Marilena C. D. V. Corrêa – mcorrea@ims.uerj.br
Márcia Arán – marciaaran@terra.com.br