

REPRODUÇÃO E BIOÉTICA. A REGULAÇÃO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL

Marilena C. D. V. Corrêa
Maria Andréa Loyola

INTRODUÇÃO

A reprodução assistida (RA) foi introduzida no Brasil, a partir dos anos 80, em um contexto pobremente regulado, o que se deve, em grande parte, à forte concentração dessa tecnologia no setor privado da medicina (Corrêa, 1997). Essa situação fez também do mundo da RA uma realidade bastante opaca à abordagem tanto pela saúde pública quanto por estudos sociais e pela própria bioética. Na mídia, ao contrário, ela recebeu amplo espaço, de onde provém, aliás, o “conhecimento” que se tem sobre a aplicação dessa tecnologia no país. Não obstante tratar-se de uma atividade que libera células reprodutivas e embriões humanos no ambiente, que pode colocar em risco a saúde de mulheres e bebês, e que ainda gera perplexidades no plano da parentalidade e da família, convivemos, por cerca de vinte anos, com a impossibilidade de monitoramento, o mais elementar, dessas práticas e, em consequência, com uma fraca regulação. Regulação que se torna tanto mais importante quando consideramos seus efeitos políticos e sociais, entre outros, o reforço de um siste-

ma de reprodução humana e social que se apóia, e cada vez mais, na biologia, na medicina, e na biotecnologia (Corrêa; Loyola, 1999).

O QUE É A REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Inicialmente, é necessário definir alguns aspectos, como o significado do próprio termo *reprodução assistida* (RA). Essa expressão foi cunhada no campo da medicina reprodutiva para descrever um conjunto de técnicas para tratamento paliativo da infertilidade. Em sua origem, a aplicação da RA esteve ligada ao impedimento da procriação gerado por quadros medicamente bem definidos, como o da chamada esterilidade tubária (na qual as trompas, local do corpo feminino onde normalmente se dá a fecundação biológica, estão obstruídas, impedindo a fecundação por vias naturais).¹ Diz-

¹ Outros casos medicamente delimitados são: infertilidades hormonais (problemas ligados à função ovariana); problemas ligados aos chamados fatores masculinos como uma contagem baixa ou nula de espermatozoides, ou ainda espermatozoides de mobilidade inadequada, impotência, entre outros. Existem ainda as infertilidades medicamente definidas como idiopáticas ou seu causa aparente.

se tratar-se de um tratamento paliativo, porque a condição de infertilidade da mulher (homem ou casal) que se submete à RA subsiste após o tratamento. Em outras palavras, não existe cura para a condição de base – a infertilidade – que levou à busca de atendimento médico.

Em segundo lugar, é importante diferenciar as técnicas que compõem o conjunto da RA, em função do fato de a fecundação ocorrer *dentro* ou *fora* do corpo da mulher. No primeiro caso, temos a inseminação artificial (IA), uma técnica muito mais antiga que veio a ser inserida no conjunto da reprodução assistida, e que consiste na introdução do sêmen no aparelho reprodutivo feminino. No segundo caso, temos as técnicas que têm por base o procedimento de fertilização *in vitro* (FIV) propriamente dito, nos quais a *fertilização do embrião ocorre fora do corpo da mulher*.²

O mesmo conjunto de técnicas que compõem a reprodução assistida veio a receber uma outra denominação: *novas tecnologias reprodutivas* (NTR) e *novas tecnologias reprodutivas e concepcionais e genéticas* (NTRc), expressões mais comumente encontradas no debate feminista ou no debate sobre os desdobramentos do emprego das biotecnologias em geral.

Além disso, o acesso a técnicas procriativas acabou por não estar restrito a casos medicamente caracterizados como patológicos. O fato de pessoas solteiras, homossexuais, por exemplo, também reivindicarem sua utilização dificulta a delimitação meramente técnica (médica) da (in)fecundidade, que não dá conta do fenômeno em questão. A produção de bebês por via técnica e tecnológica – bebês de proveta, clonagem – indica estar em jogo mais uma vez, um processo de intervenção nos processos reprodutivos humanos que ultrapassa sua dimensão biológica.

² Existem variantes técnicas da FIV, como a *ICSI* (injeção intracitoplasmática de espermatozoides), que consiste em injetar um único espermatozóide diretamente no óvulo; a *heteroplasmia mitocondrial*, ou rejuvenescimento de óvulos, como ficou conhecida popularmente, que consiste na mistura de material genético de origem mitocondrial de duas mulheres visando também à melhoria da performance da FIV em casos de mulheres em idade reprodutiva mais avançada, que receberiam parte de material genético de mulheres jovens; entre outras técnicas.

Propomos, assim, que a fertilização *in-vitro* (FIV) seja considerada como um acontecimento sociotécnico, isto é, como um acontecimento que socializa material reprodutivo, uma vez que com ela embriões e gametas humanos passam a existir fora do corpo de homens e mulheres. De fato, elementos humanos de origem biológica, originalmente restritos à individualidade do corpo, passam a circular no ambiente de clínicas e laboratórios, ficando sujeitos à manipulação por parte de profissionais – biólogos, técnicos, médicos – que se encontravam, até então, senão excluídos, ao menos afastados dos projetos individuais de reprodução. Mesmo considerando que a medicina já portava um discurso sobre o embrião em desenvolvimento (embutido em normas de cuidado pré-natal e nas formas atuais de aconselhamento genético), o espaço de atuação de especialistas amplia-se consideravelmente com a exposição das células reprodutivas e do embrião *in vitro*. Análises genéticas, seleção de embriões com base genética, ou em função de critérios como o de viabilidade (para reprodução), fazem com que embriões sejam “desviados” para um tipo de pesquisa que pode ser de difícil controle.³

Cabe lembrar que, no ciclo FIV, submete-se a mulher a uma hiperestimulação hormonal, com vistas à produção de um grande número de óvulos e, em seguida, de embriões, de modo a obter material reprodutivo “de sobra” para os ensaios de fertilização que se seguirão. Isso porque há perdas e falhas, até o momento incontroláveis, entre as diferentes etapas do processo – hiperestimulação hormonal, coleta de óvulos, fertilização *in vitro*, transferência de embriões para o útero, implantação, gravidez clínica e nascimento. O aumento da produção de óvulos (via hiperestimulação hormonal) e, na etapa seguinte, de embriões tem sido a forma comumente utilizada para contornar aquelas falhas. Com o mesmo objetivo de melhorar a performance da RA, admite-se também, como boa prática médica e como eticamente adequada, a

³ Na prática, já tivemos experimentos não controlados ética e socialmente, como nos casos anunciados na mídia, *a posteriori*, de clonagem de embriões humanos (ainda que não totalmente comprovados cientificamente).

transferência múltipla de embriões (três, quatro, ou mais embriões), o que pode ocasionar gestações múltiplas, uma situação de risco para a saúde de mulheres e bebês, problema que foi e continua a ser objeto de controvérsia no próprio campo da biomedicina.

Técnicas ditas complementares integram, ainda, o conjunto da RA: congelamento de embriões, diagnóstico genético, doação de sêmen, óvulos, embriões, útero. Quando combinadas à doação, as técnicas de FIV são chamadas de *heterólogas*; no caso contrário, de *homólogas*. Nestas, há coincidência entre os genitores, que fornecem os gametas (o material biológico e genético), e os futuros pais (que demandam pelo bebê). Nas técnicas heterólogas (IA-D, FIV-D), que envolvem o recurso à doação, não existe coincidência entre a origem da demanda por reprodução (os chamados “pais sociais”) e a origem dos gametas (os “pais e mães biológicas”), o que pode resultar em uma variada possibilidade de combinações “parentais”.

Assim, ao intervir sobre a fecundidade humana, essa tecnologia procriativa, com base no procedimento de fertilização *in-vitro*, produz embriões *in-vitro* que, transformados em bebês, virão a integrar uma família. Mas, como as técnicas de FIV, como apontado também, são responsáveis pela produção de embriões em um número que ultrapassa o dos projetos reprodutivos das pessoas, o destino dos embriões da reprodução assistida não é apenas este. Esses embriões, que ficaram conhecidos como *excedentes* ou *supranumerários*, poderão, entre outros destinos, ser usados em pesquisa.

Criam-se, portanto, dois eixos complexos de regulação: o dos *embriões* (pesquisa, intervenção, seleção, descarte, clonagem etc.) e o do *acesso* à reprodução assistida. O último se desdobra, por um lado, no problema da vida familiar, a filiação e o parentesco, e, por outro, nos problemas intrinsecamente ligados à própria aplicação da tecnologia, como os riscos para a saúde de mulheres e recém-nascidos, inerentes às manipulações biomédicas.

DESDOBRAMENTOS DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

A tecnologia reprodutiva representa, portanto, muito além de que uma alternativa reprodutiva para indivíduos e casais desejosos de procriação, e, por isso, sua aplicação ficou amplamente sujeita à abordagem de análises bioéticas e mesmo da regulamentação pela lei (mais ou menos estrita, nos diferentes contextos). Retomando os eixos apontados ao final da seção anterior, os seguintes aspectos têm sido objeto de análise e de regulação:

a) Riscos para a saúde de mulheres e bebês ligados ao fato de não existir, do ponto de vista científico, um verdadeiro domínio do processo, desde a fertilização dos óvulos *in-vitro* até a transferência do embrião, sua implantação, e o nascimento. Como não se sabe fazer 1 bebê de proveta a partir de apenas 1 embrião, recorre-se ao procedimento mencionado de várias tentativas, o que passa pela hiperestimulação hormonal da mulher, a produção e transferência de número elevado de embriões. Essa prática tem um custo importante para a saúde mental e física das pessoas que se submetem a esse processo: no primeiro caso, ligado às sucessivas tentativas fracassadas; e, no segundo, aos riscos e efeitos colaterais das manipulações nas diferentes etapas do ciclo FIV. Entre esses, são mais frequentes e importantes aqueles ligados à medicação hormonal e às gestações múltiplas que ocorrem em uma taxa muito mais elevada do que a encontrada na procriação por relações sexuais. Além de riscos para a saúde das mulheres, os bebês nascem prematuramente, necessitando de cuidados intensivos neonatais, em função do baixo peso, do desenvolvimento incompleto do sistema respiratório, entre outros problemas que afetam sua saúde. O que se tem proposto, em normas médicas, bioéticas ou mesmo na lei (em determinados contextos), é a limitação do número de embriões transferidos, devendo os embriões excedentes serem congelados, doados, ou descartados.

- b) A aceitação das limitações técnicas acima mencionadas tornou-se, efetivamente, responsável pela constituição de uma população de embriões congelados em clínicas de RA (dos quais, no caso brasileiro, desconhece-se o número ou a situação). A ela vão estar ligados desdobramentos ainda mais controversos, como pesquisas e intervenções sobre embriões; possibilidade de análises genéticas e seleção; intervenções no curso da vida individual por suspensão da mesma por congelamento, e na própria espécie, tanto no sentido da preservação ou de alterações mais ou menos arbitrárias de características genéticas, quanto no da possibilidade de criação de quimeras (mistura de diferentes espécies vivas), como de clonagem, etc. A liberação no ambiente, fora do corpo de homens e mulheres, de embriões e células reprodutivas, permite sua transformação em material biológico disponível, e o surgimento de propostas de apropriação de elementos humanos vivos para aplicação de tecnologias experimentais, como as novas tecnologias de células tronco de embriões. Estas propostas se desdobram na possibilidade de patenteamento de células, tecidos, seqüências genéticas, o que evidencia interesses comerciais e financeiros na matéria viva e nos processos vitais.
- d) Finalmente, formas de organização das famílias, da filiação e do parentesco, e das gerações podem decorrer das diversas possibilidades abertas pelas técnicas de RA e das técnicas ditas complementares, como doação de sêmen, de óvulos, de útero, e de embriões humanos (sejam elas utilizadas por homossexuais ou heterossexuais); doação a partir de células e embriões congelados de pessoas mortas (inseminação, fertilização *post-mortem*); ou ainda de um só indivíduo (clonagem).

A REGULAÇÃO DA RA NO BRASIL

Para regular todas essas eventualidades, contamos, até hoje, com um único documento oficial de normatização da RA. Esse documento, hí-

brido de norma profissional e norma bioética, surgiu apenas em 1992, portanto após mais de dez anos de atividade de fertilização *in-vitro* (FIV) no Brasil.⁴ Trata-se de uma resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), instância máxima de controle do exercício da medicina no País, que também concentra atividades no campo da bioética. A Resolução 1.358 (CFM, 1992) define-se como uma norma bioética e, reconhecendo a legitimidade do anseio de superar a “infertilidade humana, problema de saúde com implicações médicas e psicológicas”, reafirma os princípios gerais da inviolabilidade e da não comercialização do corpo humano, da gratuidade do dom e do anonimato da doação. Indica a necessidade de observação do consentimento formal dos sujeitos participantes de programas de FIV e estabelece regras para diminuir a possibilidade de incesto inadvertido. Sem mencionar a sexualidade, o documento aceita que mulheres solteiras possam ter acesso às técnicas de RA, bem como à doação temporária do útero (barriga de aluguel), práticas que possibilitariam o acesso de homossexuais as NTRc. No caso da doação temporária de útero (ou barriga de aluguel), é preconizado, ainda, que ela ocorra dentro da família, entre irmãs, cunhadas, tias, etc.

No que diz respeito ao acesso – e, em decorrência, ao tipo de família que se constituiria a partir das técnicas procriativas – ele vem sendo regulado na própria prática, isto é, em função do poder aquisitivo dos solicitantes, uma vez que, como dito, a quase totalidade das clínicas de FIV concentra-se no setor privado da medicina e está fora de qualquer tipo de controle oficial. Os raros serviços implantados, nos últimos anos, em hospitais públicos (e universitários) não oferecem a integralidade dos procedimentos de RA, cabendo aos clientes custear medicamentos, exames e material, todos de altíssimo custo, o que exclui, por razões de ordem econômica, larga parcela da população.

⁴ Cabe lembrar que o primeiro bebê de proveta brasileiro nasceu em 1984, mas que, desde o início da década de 1980, são publicadas comunicações científicas sobre tentativas de FIV sem sucesso.

Com relação aos destinos dos embriões, a Resolução do CFM citada delimita em 14 dias o tempo máximo de desenvolvimento de um embrião humano fora do corpo feminino, em consonância com as normas e recomendações bioéticas internacionais que se seguiram ao Warnock Report (Warnock, 1985). Com relação à pesquisa, ela é bastante econômica: “proíbe a fecundação de ovócitos humanos, com qualquer outra finalidade que não seja a procriação”. Como o abortamento é considerado crime no Brasil, a Resolução não aceita nem a destruição de embriões supranumerários, nem a redução embrionária (em casos de gestações de múltiplos fetos), embora admita como eticamente aceitável a transferência de até quatro embriões por tentativa de gravidez. Sob esse aspecto, a norma contraria a tendência de limitação desse número, sugerida pela literatura especializada internacional e pelo relatório da Organização Mundial da Saúde (Who, 2001), que propõe que apenas um embrião seja transferido por ciclo FIV. Finalmente, o congelamento e a doação de embriões, desde que autorizados, são admitidos.

As gestações múltiplas – e seus efeitos deletérios para a saúde de mulheres e bebês – foram e continuam sendo fonte de preocupação e debate na literatura médica.⁵ Essa discussão focaliza principalmente o problema da baixa eficiência das NTRc e os procedimentos “paliativos” propostos na medicina reprodutiva: uso de medicação hormonal em altas doses, produção de embriões supranumerários, congelamento de embriões, gestações multifetais, etc. Entretanto, até o momento, ela vem tendo pouco impacto no debate bioético, o que indicaria que este vem funcionando, não obstante esses problemas, principalmente em nome dos projetos reprodutivos (ou, como para alguns, em nome do “desejo de filhos”), ou seja, no sentido de produzir normas que viabilizem e legitimem aquelas práticas.

Finalmente, cabe lembrar que a Resolução

⁵ Cf. Angel *et al.* (1999); Annas (1998); Baird *et al.* (1999); Bergh *et al.* (1999); Craft *et al.* (2000); Fitzsimmons *et al.* (1998); IFFS (1999); Te Velde *et al.* (1998); Van Steirteghem (1998).

do CFM não faz referência à necessidade de se criar algum tipo especial de licença para regular o funcionamento das clínicas de RA ou algum sistema para monitorar os resultados dessas técnicas, o que também contraria a tendência observada nos países dos quais o Brasil importou essa tecnologia.⁶

Esse quadro poderá ser alterado a partir de iniciativas provenientes do próprio meio profissional. Desde os anos 2000, associações profissionais da área da medicina reprodutiva brasileira, sob a liderança da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), desenvolvem um movimento pela acreditação das clínicas e pela construção de um cadastro nacional das atividades de FIV. Caso tenha êxito, esse empreendimento nos permitirá conhecer a localização das clínicas, as técnicas empregadas, sua eficácia, o perfil das infertilidades, o número de embriões congelados existentes no país, o tempo de congelamento, as características das gestações, dos recém-nascidos e assim por diante, dados ainda não disponíveis e de grande importância para o debate bioético e sobre a regulação da RA.⁷

A partir de meados dos anos 1990, surgem projetos de lei específicos sobre a RA (Corrêa; Diniz, 2000; Diniz, 2003). Os primeiros projetos praticamente reproduzem a norma do Conselho Federal de Medicina e, por serem todos eles de autoria de parlamentares médicos, encontram-se permeados por argumentos clínicos, predominando, assim, a idéia de que, na regulação da reprodução assistida no Brasil, a autoridade técnica deveria prevalecer sobre valores e crenças. Entretanto, essa tendência de “legalização” da norma do CFM acabou por al-

⁶ Nos países mais desenvolvidos, foram estabelecidos registros periódicos fundamentais ao monitoramento e avaliação da aplicação das técnicas de RA. Nos EUA, os da *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM); na Europa, a *European Society for Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) e o *European IVF Monitoring Program* (EIM); na França, o *Fivnat*; no Reino Unido, o *HFEA*, entre outros.

⁷ No plano regional, e há mais tempo do que a iniciativa da SBRA, a *Red Latino-Americana de Reprodução Assistida* (Red LaRA), que atua de forma persistente também sobre os profissionais e suas associações nos diferentes países, tem contribuído para estimular a coleta e consolidação de bases de dados sobre as atividades de RA na América Latina.

terar-se fortemente ao longo do processo legislativo, em função das temáticas do acesso, da reprodução de homossexuais, dos efeitos sobre a família e da pesquisa com embriões, ligadas à RA.⁸ Todos os projetos de lei proíbem a clonagem, mas silenciam sobre a pesquisa com embriões.

PROJETOS PARA UMA LEI BRASILEIRA DE RA

Em 2003, o projeto de lei da RA atualmente em tramitação, PL 1.184,⁹ foi aprovado em todas as Comissões do Senado e passou à Câmara Federal, indicando que, no plano do Legislativo, estaríamos próximos à adoção de uma lei da RA no país. O espectro de problemas tratados nos oito capítulos desse projeto de lei é bastante amplo: o acesso é limitado à mulher sozinha ou ao “casal” (como a norma do CFM) que apresente uma patologia diagnosticada (sem que seja feita qualquer referência à sexualidade). Caso essa patologia não possa ser detectada após investigação clínica (como nos casos medicamente definidos como infertilidades idiopáticas, ou sem causa aparente), deve ser respeitado um prazo, variável em função da idade da mulher, antes da aplicação das técnicas. Quando há recurso à doação, a mulher beneficiária é dita “receptora”. Todos esses atores devem ser legalmente capazes, sendo exigido também o consentimento formal (através da assinatura

de um termo de consentimento livre e esclarecido) de todos os participantes. A doação deve ser gratuita, secreta, e cada pessoa só pode doar uma vez. Com relação à *filiação*, os beneficiários (solicitantes) deverão ser considerados os pais da criança, não cabendo qualquer tipo de parentesco desta com o doador ou sua família. Mas o PL 1.184 prevê a possibilidade de acesso a essas informações, nos casos em que o indivíduo gerado (bebê de proveta) manifeste interesse em conhecer o processo que o gerou, sua origem e identidade biológica, e não apenas nos casos “médicos”, como na identificação de doadores para transplantes (futuros). Ele proíbe, entretanto, a gestação de substituição (“barriga de aluguel”).

No que diz respeito aos *embriões*, é possível interpretar que um dos objetivos principais dessa lei é abolir os embriões excedentes e os embriões congelados e, por essa via, a possibilidade de pesquisa com os mesmos. Vários dispositivos são previstos nesse sentido: permitir a produção de no máximo dois embriões por tentativa (ciclo FIV), admitir apenas transferência a fresco, e proibir explicitamente o congelamento de embriões. Os embriões atualmente congelados em clínicas de RA podem ser destinados à doação, com consentimento dos responsáveis (desinteressados em se reproduzir), mas apenas para fins reprodutivos (de outras pessoas). Em suas disposições finais, o projeto recomenda que se incitem os poderes públicos a realizar campanhas alertando as pessoas inférteis para a possibilidade de “adoção” desses embriões.

As mudanças ocorridas no texto do projeto de lei ao longo de sua tramitação em muito o afastaram da norma do CFM, levando os especialistas em RA a considerá-lo muito controlista. Para eles, a proibição do congelamento de embriões, a restrição ao máximo de dois embriões por transferência, a proibição da gestação de substituição e a redução embrionária praticamente inviabilizariam a prática da RA. A derrota dos médicos, nessa etapa, corresponde a uma vitória (ao que tudo indica provisória) das igrejas e das bancadas religiosas, fortemente representadas no Legislativo.

De fato, ao final do ano de 2002, o Ministé-

⁸ Os três primeiros projetos de lei mais importantes e abrangentes foram: PL 3.638/93 (do deputado Luis Moreira); PL 2.855/97 (do deputado Confúcio Moura); PL 90/99 (do senador Lúcio Alcântara). E, em um segundo momento, o PL 120/2003 (da deputada Maninha) e o PL 2.061/2003 (do deputado Roberto Pessoa), os dois últimos focados na questão da filiação e no direito de conhecer as origens individuais e a “identidade biológica” (Diniz, 2003). A informação e o acompanhamento de PL estão disponíveis nos *sites* da Câmara e do Senado Federal.

⁹ O atual PL 1.184 tramitou como PL 90/99 e teve como relatores o ex-senador Roberto Requião e o senador Tião Viana. Como é comum no processo legislativo, a ele foram apensados os demais projetos citados na nota anterior (exceto o PL 3.638, de Luis Moreira, aquele que permaneceu mais próximo da norma do CFM, mas “engavetado”). Apesar de diferenças substantivas entre eles, dificilmente se chegaria a examinar dois projetos de lei sobre uma mesma matéria como a RA, cabendo a proposição de emendas e destaques durante a tramitação, até o momento da votação.

rio da Saúde mobilizou-se para criar um “*grupo de trabalho sobre reprodução humana assistida*”, para discutir os rumos da regulação da RA no âmbito do Legislativo, que lhe pareciam indicar a construção de obstáculos maiores para a aplicação das técnicas de reprodução assistida no País.¹⁰ Como resultado, foi produzida uma nota técnica em torno dos pontos considerados mais sensíveis no texto do projeto de lei 1184, no sentido de “*garantir o acesso e evitar abusos*”: o acesso universal, ou seja, garantido a pessoas solteiras, casadas ou unidas, independentemente de sua sexualidade; o consentimento livre e esclarecido para a aplicação de todas as técnicas, obrigatoriamente exigido para todos os participantes; a decisão quanto ao número de embriões transferidos, que deve ser definido em cada caso; o restabelecimento da possibilidade de congelamento de embriões; a possibilidade de acesso à identidade genética dos doadores em nome do direito de o indivíduo conhecer suas origens (o que pressupõe a quebra do sigilo sobre a doação, mas sem efeitos no âmbito do parentesco); a admissão da gestação de substituição (para possibilitar o acesso igual para homens e mulheres solteiras); a necessidade de uma instância oficial de fiscalização e controle da RA no Brasil.

Para o momento, é difícil explicar completamente o que determinou essa primeira mobilização por parte do Ministério da Saúde na área da RA que resultou em uma proposta de acesso universal às NTRC. De qualquer forma, um ponto a ser destacado foi a importância que a Lei de Planejamento Familiar, em suas disposições gerais, conferiu a essa proposta. Como suscitado no debate dentro do GT, essa lei menciona, em sua introdução, *ações de regulação da fecundidade* tanto para *limitação* quanto para *aumento* da prole, pelo *homem, mulher ou casal*. Tal perspectiva

universalista foi o princípio do qual decorreu a aceitação das diferentes técnicas – doação de sêmen, óvulos, barriga de aluguel, etc – entendidas como arranjos para se atender a qualquer demanda de reprodução por pessoas sozinhas ou unidas, independentemente de seu sexo ou sexualidade. Por outro lado, a garantia do direito ao Planejamento Familiar é desafiada, no caso da reprodução assistida, pela necessidade de se harmonizar direito à prole e direito à saúde (tal como previsto na mesma lei), o que nem sempre é evidente nessa área, visto que a aplicação das técnicas procriativas comporta riscos para mulheres e bebês, a partir de uma situação não necessariamente patológica – a ausência involuntária de filhos – mas que é efetivamente redescrita como tal pelas próprias técnicas de reprodução assistida (Becker; Nachtigall, 1992; Becker, 1994).

A REGULAÇÃO DA RA E SEUS PARADOXOS

A regulação da reprodução assistida é, de fato, uma questão particularmente complexa, porque envolve interesses muito variados e cujos efeitos apresentam-se, muitas vezes, como paradoxais, tanto no caso do acesso às técnicas (elegibilidade) quanto no caso das pesquisas com embriões. O acesso às técnicas reprodutivas, visto como uma ameaça ao modelo de família cristã, deve, portanto, ser limitado para a Igreja Católica, e como universalizável em nome dos direitos reprodutivos para os juristas e algumas feministas, é praticamente irrelevante para os médicos que, até o momento, as vêm aplicando sem maiores problemas, segundo o modelo tradicional de reprodução com base biológica que essas tecnologias vêm claramente reforçar. Para esses últimos, um dos pontos mais importantes da RA, na atualidade, parece ser o da disponibilização de embriões supranumerários, o que confere maior eficiência a essas técnicas e permite, ainda, a pesquisa com embriões, em particular, o desenvolvimento da tecnologia de células-tronco.

Sem levar em conta a maior ou menor acei-

¹⁰ Este GT foi constituído por antropólogos, sociólogos, juristas, sanitaristas, bioeticistas, médicos especialistas em RA, geneticistas, entre outros. Parte desses pesquisadores integravam o *Projeto Ghente Estudos das implicações sociais, éticas e legais do estudo dos genomas na área da saúde*, grupo que já havia acumulado vasta e consistente experiência em torno dos temas da reprodução e da genética. A nota técnica produzida pode ser obtida no *site* do projeto: <http://www.ghente.org>

tação, do ponto de vista bioético, das possibilidades de acesso às técnicas, deve-se reconhecer que os efeitos sociais e simbólicos da dissociação entre genitores (de gametas) e pais sociais não constitui uma decorrência do uso das técnicas biomédicas de procriação. Ao contrário, o surgimento e a difusão da reprodução assistida deram-se em um contexto histórico-social marcado pela tensão entre, por um lado, o ideal de uma paternidade e de uma maternidade “completas”, ou seja, aquelas que unem procriação (biológica), filiação (nome), sexualidade (heterossexual) e prazer, e, por outro lado, a existência efetiva de práticas heterogêneas no plano da filiação e da família, da sexualidade e das formas de união entre os sexos, tais como divórcio e recomposições familiares, famílias monoparentais, união homossexual, adoção, etc. E, ainda mais recentemente, pela proposição, no plano jurídico, de diretivas favoráveis à reprodução de homossexuais – adoção, casamento homossexual (Bélgica, Holanda, Espanha) ou de dispositivos equivalentes (como o Pacto Civil de Solidariedade, na França, Inglaterra, e países escandinavos, entre outros países da Europa).

De fato, o debate bioético sobre a RA, desde suas origens (Warnock, 1985), vislumbra a ligação direta entre o *tratamento das infertilidades* e a *criação de famílias*, e coloca explicitamente a necessidade de discutir suas implicações. Este texto leva em consideração ainda, de forma original e precoce no campo da bioética, a possibilidade de uso das técnicas de RA por pessoas sozinhas e homossexuais, ou seja, do “tratamento” das “infertilidades” não patológicas (o que não implicou, contudo, parecer favorável nesse sentido, naquela época).

Assim, é possível indagar em que medida as técnicas de RA vieram reforçar aquele ideal de parentalidade “completa”, bem como a naturalização do papel social de homens e mulheres, o que termina por reduzir as representações sobre a maternidade e a paternidade e sobre todo o processo reprodutivo às suas dimensões exclusivamente biológica e genética. Sem dúvida, em um primeiro momento, a RA veio reforçar essas representações

no sentido que essas técnicas foram concebidas para “ajudar” casais heterossexuais infertéis a realizar seus projetos reprodutivos, o mais proximo possível do modelo “natural”. Mas, em seguida, a ampliação do acesso às NTRc é reivindicado também por homossexuais e pessoas sozinhas, o que lhes permite reproduzirem-se biologicamente. Tal demanda permite supor a generalização do desejo por filhos biológicos, o que não deixa de ser paradoxal nos caso dos homossexuais que lutam pelo reconhecimento social e jurídico de uma vida comum e familiar fundada em laços afetivos, fora do modelo familiar justificado pela diferença biológica entre os sexos e a heterossexualidade.

A aplicação das NTRc só encontraria limites no desejo oposto, ou seja, no “desejo” explícito de não se reproduzir. De fato, sem desejo de filhos não existe infertilidade e, em consequência reprodução assistida (Corrêa, 1997; 2001). O bebê de proveta tem de ser desejado como tal, e esse desejo tem de ser afirmado para que se possa começar a definir – investigar e diagnosticar – a infertilidade. Sem essa demanda, a infertilidade não existe e nem seu tratamento pela reprodução assistida. Sem ela, como justificar social e moralmente a produção de embriões da qual a prática da RA se tornou um locus privilegiado, senão pela existência de uma ordem social biologicamente justificada? (Loyola, 2003; 2005)¹¹

Esse ponto nos leva ao outro eixo da regulação, que diz respeito ao uso de embriões humanos em pesquisa. Nossa primeira lei de biotecnologia, Lei 8.974 de 1995, em seu artigo 13, definia como *crime a produção, armazenamento ou manipulação de embriões humanos destinados a servirem como material biológico disponível para a pesquisa*; proibia experiências com embriões, células reprodutivas e material genético, bem como atividades com os chamados OGMs, organismos geneticamente modificados (plantio e

¹¹ Se a pesquisa com embriões vier a se tornar uma realidade tecnicamente justificável, social e eticamente incontornável, a reprodução assistida poderá dirigir-se unicamente para a produção de embriões com esse fim.

comercialização de plantas, com exceção das práticas de pesquisa em ambiente confinado). A nova lei – conhecida agora como Lei de Biossegurança (PL 2401/ 2003) – que acaba de ser aprovada no Congresso Nacional e aguarda a sanção presidencial, constitui, na verdade, uma revisão da antiga lei de biotecnologia de 1995. Ela altera profundamente esse quadro, assim como o mundo da fertilização *in vitro*, uma vez que, se sancionada, tornará possível a captação de embriões oriundos das clínicas de RA para pesquisa, em particular para a aplicação experimental da tecnologia de células-tronco. Ela impõe, ainda, uma rediscussão do Projeto de Lei 1.184 sobre RA (que tramitou paralelamente à lei de biossegurança no Congresso Nacional, nos últimos dois anos).¹²

A sensação de perplexidade gerada pela votação, aparentemente muito rápida, desse novo texto está relacionada, primeiramente, ao fato de o debate público sobre a biotecnologia ter avançado pouco, ou talvez mais lentamente do que o desejado (ao contrário do processo de tramitação e votação da lei). Mas também porque ele inverte completamente o sentido da lei anterior, liberando tudo o que estava até então proibido em termos de engenharia genética no país. E, sobretudo, pelo que foi identificado na mídia como a “incompreensível” mistura, numa mesma lei, de aspectos ligados à biotecnologia verde (apropriação de sementes vegetais) e à biotecnologia vermelha (semente animal, de humanos e não-humanos). E, ainda, pela mistura de interesses ligados apenas à esfera da pro-

dução (soja transgênica, animais transgênicos para laboratório) com aqueles ligados também à reprodução humana (embriões para a pesquisa).

De fato, esses desenvolvimentos nos levam a interrogar sobre os problemas relacionados ao patenteamento da matéria viva em geral e de elementos vivos (biológicos, genéticos) do corpo humano, passíveis de serem cristalizados no plano da lei, em um contexto de discussão ainda pobre, como no caso brasileiro.¹³ A apropriação da matéria viva de seres humanos por um instrumento de propriedade como a patente é algo que atinge diretamente o único bem que universaliza o direito de propriedade (ou que torna a propriedade um direito universalizável): o corpo humano. O caminho a ser trilhado no plano do debate bioético sobre essa questão não poderá ignorar as pressões macroeconômicas favoráveis à apropriação do ser vivo, que já podem ser bem identificadas no caso de plantas e de animais. Nesses, como no caso de elementos do corpo humano, a apropriação indiscriminada de inovações biomédicas e de bens para a saúde pode resultar em situações de exclusão, como se verifica para medicamentos, equipamentos etc. Em diversos países, existem pedidos de patentes (algumas concedidas) relativos a tecidos, células, moléculas, genes, células-tronco de animais (para comercialização e uso em experiências), o que poderá acontecer, também, com as linhagens celulares humanas avaliadas como “promissoras” por cientistas, cujas pesquisas são apoiadas por firmas de biotecnologia que investem financeiramente nessa área. Mas, como no caso da regulação da circulação – em nome da saúde – de

¹² Mais ainda incompreensível é a fragmentação, no plano legislativo, da problemática da reprodução e da genética, ou seja, a forma estratégica como certos temas, ainda que pertinentes, vêm sendo sistematicamente evitados. Esse é o caso do aborto por anomalia fetal incompatível com a vida ou de outras anomalias muito graves, identificadas em função do próprio avanço da tecnologia biomédica. Mas, por abordarem temas considerados tabus – como o aborto –, acabam deixando de ser considerados em sua totalidade. Não deixa de ser paradoxal a convivência de técnicas de diagnóstico genético e de diagnóstico por imagens altamente sofisticadas, capazes de definir esse tipo de patologia, e sua não resolutividade no plano jurídico e institucional. Da mesma forma, é paradoxal que cientistas e parlamentares se preocupem com a obtenção de embriões para o desenvolvimento de tecnologias de células-tronco – considerada uma “vitória da razão” – de forma totalmente independente de uma palavra sobre o direito de interrupção da gestação naqueles casos.

¹³ Em período anterior, tivemos a criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), em 1996, que normatiza e controla a pesquisa envolvendo sujeitos humanos, o que não deixa de estar em relação com uma maior sensibilização no país, pelo menos no meio especializado, relativamente ao avanço da biotecnologia de modo geral. Mas o debate público que se segue, impulsionado pela mídia, concentrou-se principalmente sobre acontecimentos que se deram no plano internacional, como o anúncio da clonagem da ovelha Dolly (1997), o destino de embriões “abandonados” em clínicas de FIV na Inglaterra (2000), e o avanço do Projeto Genoma Humano, em detrimento de problemas extremamente importantes no plano interno como, por exemplo, os interesses que determinam a opção pelo plantio da soja transgênica nesse momento.

tecidos renováveis (sangue) ou não-renováveis (rins, fígado etc.), a tecnologia de células-tronco deve ser submetida ao mesmo tipo de questionamento, ou seja: até que limites e em que bases a pesquisa com células-tronco deve prosseguir? A constituição de *bancos* privados de células-tronco, matéria-prima para a indústria biotecnológica, deve ou não ocorrer?

Diante da ousadia da inovação e da pesquisa biomédica e biotecnológica, que envolve cada vez mais e de forma até há pouco tempo impensada a manipulação de seres humanos, podemos indagar a quem caberia direcionar e (ou) colocar limites a esses “avanços”. Podemos considerar a bioética (seu discurso e suas práticas) como a legítima portadora da última palavra com relação aos dilemas morais na área da saúde, da medicina, e da preservação da vida? Certamente, muitos desses dilemas se constituem em outras áreas e para outras áreas serão também encaminhados. Mas, sem dúvida, a bioética tornou-se o espaço legítimo, por assim dizer, a ante-sala por onde devem necessariamente passar todos os conflitos médico-tecnológicos, donde a importância estratégica que ela assume na atualidade.

(Recebido para publicação em fevereiro de 2005)

(Aceito em março de 2005)

REFERÊNCIAS

- ANGEL, J.; KALTER, C.S.; MORALES, W.J.; RASMUSSEN, C.; CARON, L. Aggressive perinatal care for high order multiple gestations. Does good perinatal outcome justify aggressive assisted reproductive techniques? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, [S.l.], n. 81, p. 253-259, 1999.
- ANNAS, G. The shadowlands – secrets, lies and assisted reproduction. *New England Journal of Medicine*, [S.l.], n. 339, p. 935-939, 1998.
- BAIRD, D.; WICOX, A.J.; KRAMER, M.S. Why might infertile couples have problem pregnancies? *Lancet*, [S.l.], n. 353, p. 1724-1725, 1999.
- BECKER, G. Metaphors in disrupted lives: infertility and cultural constructions of continuity. *Medical Anthropology Quarterly*, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 383-410, 1994.
- BECKER, G.; NACHTIGALL R. D. Eager for Medicalization: the social production of infertility as a disease. *Sociology of Health and Illness*, [S.l.], v. 14, n. 4, 1992.
- BERGH, C. *et al.* Deliveries and children born after in-vitro fertilization in Sweden 1982-1995: a retrospective cohort study. *Lancet*, [S.l.], n. 354, p. 1579-1585, 1999.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM 1.358/92*. São Paulo. CFM, 1992.
- CORRÊA, Marilena C. D. V. *A tecnologia a serviço de um sonho. Um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil*. 1997. Tese (Doutorado) – Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- CORRÊA, M. C. D. V. *Novas tecnologias reprodutivas. Limites da biologia ou biologia sem limites*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ. 2001.
- CORRÊA, M. C. D. V.; DINIZ, D. *Novas Tecnologias Reprodutivas no Brasil*. In: CARNEIRO, Fernanda; EMERICK, Maria Celeste. (Orgs.). *Limite. A ética e o debate jurídico sobre acesso e uso do genoma humano*. Rio de Janeiro: 2000. p. 103-112.
- CORRÊA, M. C. D. V.; LOYOLA M-A. *Novas tecnologias reprodutivas: novas estratégias de reprodução? Physis Revista de Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 209-234, 1999.
- CRAFT, I.; GORGY, A.; PODSIALDLY, B.; VENKAT, G. Limiting multiple births. *Lancet*, [S.l.], n. 355, p. 1103-1104, 2000.
- DINIZ, D. *Tecnologias reprodutivas conceptivas: o estado da arte do debate legislativo brasileiro. Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3. p. 10-19, 2003.
- FITZSIMMONS, B.; BEBBINGTON, M.; FLUKER, M. Perinatal and neonatal outcomes in multiple gestations: assisted reproduction versus spontaneous conception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, [S.l.], n. 179. p. 1162-1167, 1998.
- IFFS – International Fertility and Sterility Society. Surveillance 1998. *Fertility and Sterility*, [S.l.], n. 71, p. S1-S34, 1999. Supl. 2
- LOYOLA, M.A. Sexualidade e medicina: A revolução no Século XX. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], vol. 19 n. 4, jul-ago. p.875-899, 2003.
- LOYOLA, M.A. (Org.) *Bioética, reprodução e gênero na sociedade contemporânea. Uma introdução. In: BIOÉTICA, reprodução e gênero na sociedade contemporânea*. Campinas: ABEP Brasília: Letras Livres, 2005. p. 15-26.
- TE VELDE, E.; VAN BAAR, A.L.; VAN KOOIJ, R.J. Concerns about assisted reproduction. *Lancet*, [S.l.], n. 351. p. 1524-1525, 1998.
- VAN STEIRTEGHEM, A. Outcome of assisted reproductive technology. *New England Journal of Medicine*, [S.l.], n. 338, p.194-195, 1998.
- WARNOCK, M. *A question of life - The Warnock Report on Human Fertilization and Embriology*. London: Blackwell, 1985.
- WHO – World Health Organization. *Current practices and controversies in assisted reproduction report of a meeting*. Genebra: WHO, 2001.