

Bioética, legislação e tecnologias reprodutivas

Dirce Guilhem
Mauro Machado do Prado

Neste texto, os autores enfocam o debate bioético e legal em torno da utilização de tecnologias reprodutivas no Brasil, apresentando a trajetória das propostas que visam regulamentar a prática clínica da reprodução humana assistida. Utilizam como referência analítica os seguintes documentos: a Resolução CFM nº 1.358/92, os projetos de lei que estão tramitando no Congresso Nacional e leis e regulamentações correlatas ao tema. A apreciação desses documentos permite verificar as diferentes orientações técnicas e morais que influenciam a condução do assunto no Legislativo. Pode-se verificar que o enfoque principal dos projetos diz respeito aos direitos e interesses das crianças, às possíveis beneficiárias da técnica e à redução embrionária. Muito pouca relevância tem sido dada a questão dos direitos reprodutivos e sexuais e à saúde das mulheres que se submetem às novas tecnologias reprodutivas.

Unitermos: Novas tecnologias reprodutivas, legislação, Bioética, moralidades

INTRODUÇÃO

A partir de sua entrada no âmbito dos serviços de saúde, a utilização de tecnologias reprodutivas (TRs) vem suscitando questionamentos direcionados, principalmente, às implicações éticas decorrentes do desenvolvimento tecnológico nesta área. Em muitos países, esse processo desencadeou intensos debates visando a elaboração de leis capazes de regulamentar a prática clínica e estabelecer os limites técnicos e éticos para a sua aplicação. No caso brasileiro, todavia, pôde-se verificar a adoção de uma lógica bastante diversa. À época do nascimento do primeiro bebê de proveta no país, em 1984, o acontecimento alcançou maior destaque nos meios de comunicação do que entre a própria comunidade científica (1). As inquietações estavam voltadas antes para a autenticidade e veracidade do fato do que propriamente para a complexidade das questões morais que emergiram em



Dirce Guilhem

Enfermeira; doutora em Ciências da Saúde (Bioética) pela Universidade de Brasília (UnB); professora adjunta da UnB; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética (NEPeB/UnB)

Mauro Machado do Prado

Cirurgião-dentista e advogado; especialista em Bioética; mestrando em Ciências da Saúde (Bioética) pela Universidade de Brasília (UnB); professor da Universidade Federal de Goiás; pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética (NEPeB/UnB)



decorrência da introdução deste tipo de procedimento entre nós (1,2).

A reprodução humana assistida (RHA) é apresentada como um fenômeno extraordinário, tendo presença constante na mídia nacional e internacional. A ampla divulgação da matéria contribui para a construção e sedimentação de um imaginário popular em torno da utilização dessas técnicas, influenciando, inclusive, a criação da demanda e a procura por serviços especializados (3). Porém, a forma como as TRs foram e vêm sendo apresentadas ao grande público nem sempre corresponde à realidade dos fatos. A imagem de uma tecnologia glamourosa, sofisticada, eficaz e capaz de satisfazer o “desejo de ter filhos” contrasta com os baixos índices de efetividade encontrados na prática clínica (4). A maneira esquemática como as técnicas são apresentadas transmite a idéia errônea de que representariam um processo simples e seguro. Houve, assim, uma clara banalização e fragmentação de procedimentos complexos – nem sempre inofensivos para as mulheres e bebês, quando se consideram, por exemplo, os efeitos colaterais das medicações utilizadas para a hiperestimulação ovariana, ou as altas taxas de ocorrência de paralisia cerebral em bebês no caso de gravidez múltipla –, trazendo profundas implicações éticas e legais para as pessoas e serviços envolvidos (5).

Outra questão diz respeito ao fato de que a aplicação das técnicas ocorre quase que exclusivamente em serviços de medicina privada, “escapando”, assim, a um controle

social mais efetivo e perpetuando o mutismo ético em torno da questão. Desta forma, as TRs passam a ser apresentadas como objeto de consumo para satisfação do desejo dos que puderem pagar pelo procedimento, obedecendo a lógica de mercado (6). O uso da tecnologia médica para alcançar o objetivo de ser mãe expõe a mulher a uma forma perversa de medicalização e mercantilização da procriação. Ou seja, vivemos sob a ótica da “medicina do desejo”, que fragiliza e submete “cada vez mais as pacientes à supervalorização da biotécnica” e que se apóia em um discurso positivo, sustentado pela utilização da generosidade profissional e eficácia dos procedimentos (7). Fica evidente a contraposição que se estabelece entre a hegemonia cientificista da medicina reprodutiva, que engendra e ao mesmo tempo responde à demanda de filhos, e os interesses das mulheres no âmbito social, político e de seu poder pessoal frente ao processo de tomada de decisão quanto ao exercício da maternidade (8).

Diante da complexidade das questões que envolvem a utilização das TRs, temos como objetivos deste texto apresentar e analisar os seguintes pontos: 1) o processo de construção visando a elaboração de legislação específica para regulamentar a prática da reprodução assistida (RA) no país; 2) algumas das legislações correlatas às TRs; e 3) uma possível abordagem bioética sobre as questões conflituosas que emergem neste contexto.

1. O processo brasileiro de construção da legislação sobre reprodução assistida

O Brasil iniciou precocemente a utilização de TRs, porém houve claro descompasso entre a difusão da técnica e o processo paralelo de discussão sobre os dilemas e a moralidade decorrentes de sua aplicação. Essa situação coloca a sociedade frente a questões extremamente delicadas como, por exemplo, o nascimento de quintuplos e a recorrência de gestações múltiplas. Situações complexas, que dizem respeito à constituição da família, dos laços de parentesco, da herança e da consangüinidade, precisam ser cuidadosamente analisadas, considerando-se o contexto local onde se dá a aplicação da tecnologia (9).

Enfocamos inicialmente a Resolução n° 1.358/92, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que pode ser considerada a base para os projetos de lei que atualmente tramitam na Câmara e Senado Federal (10). Essa resolução foi divulgada oito anos após o nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro e representa, ainda hoje, o único documento específico para nortear as práticas no campo da RA (11). Aponta para a “importância da infertilidade humana como problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la” (12). Não se consideram aqui as diferentes causas da infertilidade – natural ou adquirida –, amalgamando sob uma mesma categoria um variado leque de causalidades que subordina “a falta de filhos a um sintoma ‘medicamente’ constatado” (13).

Os principais pontos enfocados no texto abordam os seguintes aspectos: 1) doação gratuita de gametas ou pré-embriões; 2) proteção contra a comercialização de partes do corpo humano; 3) confidencialidade; 4) sigilo médico sobre a identidade dos doadores; 5) número de gestações possíveis para cada doador de sêmen (duas por região do país); 6) tempo máximo de 14 dias para a permanência do pré-embrião fora do corpo materno; 7) realização de diagnóstico e tratamento dos pré-embriões permitidos somente para fins diagnósticos de sua viabilidade ou investigação de doenças hereditárias; 8) obrigatoriedade da utilização do “consentimento informado” para mulheres e casais inférteis, e doadores; e, ainda, 9) existência de um responsável técnico pelo serviço e manutenção de um registro permanente das atividades realizadas no serviço (14).

No que se refere à gravidez de substituição – mesmo quando utilizada sem fins lucrativos e por parentes da doadora genética até 2° grau –, o procedimento, ainda que permitido, esbarra na legislação brasileira que considera como mãe legal a mulher que gesta e dá a luz. Em casos de gravidez múltipla, a redução embrionária é proibida para todas as situações, em claro alinhamento à legislação vigente que restringe a prática do aborto somente nos casos de risco de vida para a mãe ou gravidez resultante de estupro (15). Todos os pré-embriões advindos do processo de fertilização *in vitro* (FIV) deverão ser transferidos para o organismo materno, criopreservados ou doados. Fica facultado a todas as mulheres consideradas capazes nos termos da lei, e não apenas às

casadas ou em união estável, fazer uso das técnicas de RHA, o que amplia consideravelmente o mercado consumidor, inserindo este campo em uma lógica capitalista liberal (16).

O Projeto de Lei nº 3.638/93 (PL1), de autoria do deputado Luiz Moreira, foi o primeiro dos três projetos até hoje elaborados que versam sobre esta questão. Baseando-se na Resolução CFM nº 1.358/92, buscava “transformar aquele instrumento de disciplinamento ético em norma legal, para fins de seu maior uso e respaldo social” (17). Desta forma, a proposta reproduzia praticamente na íntegra o delineamento adotado pelo CFM, legitimando as moralidades de uma entidade profissional como sendo as mais adequadas para o contexto das práticas e da utilização das novas tecnologias reprodutivas (NTRs).

O Projeto de Lei nº 2.855/97 (PL2), de autoria do deputado Confúcio Moura, também tomava como referência a resolução do CFM mas comportava alguns avanços significativos se comparado com o anterior. Fica clara a preocupação sobre a terminologia utilizada e os preceitos científicos que embasam a RA, definindo cada uma das técnicas a serem utilizadas. A proposta buscava responder às inquietações decorrentes da divulgação de pesquisas sobre clonagem de mamíferos, como foi o caso da ovelha Dolly, proibindo, em seu artigo 5º, a utilização das TRs com a finalidade de “clonagem, seleção de sexo ou qualquer outra característica biológica e eugenia” (18).

Este projeto introduz mecanismos para a proteção da família, da vinculação da identidade

da criança à RHA e do reconhecimento civil da filiação, através do título IV, que versa sobre *Pais e Filhos*. No título IX, *Das Infrações e das Sanções*, foram nomeadas as práticas proibidas, mencionando as respectivas penas – entre um e três anos de reclusão – cabíveis aos infratores (19). Esta proposta considera algumas questões morais e sociais envolvidas na infertilidade humana, porém o tratamento para o problema aqui colocado aponta sempre para um processo intervencionista, fugindo, desta forma, da possibilidade de uma alternativa social que seria, por exemplo, o caso da adoção de crianças, opção considerada relevante pelo Ministério Público para o “desejo de ter filhos” (20).

Uma terceira proposta foi elaborada, o Projeto de Lei nº 90/99 (PL3), de autoria do senador Lúcio Alcântara. Esse documento encontra-se em fase mais avançada de tramitação junto ao Legislativo, conseguindo desencadear o debate social relativo ao assunto. Nas audiências públicas, estiveram presentes diferentes atores, incluindo profissionais, bioeticistas, religiosos e representantes da sociedade civil organizada (21). A introdução dessas novas vozes no cenário teve fundamental importância pois ampliou os horizontes e perspectivas relativos ao tema. O projeto tem passado por avaliação rigorosa e, como resultado, foram elaborados dois projetos substitutivos.

Uma questão que suscitou intensa controvérsia diz respeito à terminologia adotada. Ao introduzir a categoria “criança” – nos projetos anteriores utilizavam-se os termos pré-

embrião, embrião ou feto –, fica explícita a tentativa de assegurar os interesses deste sujeito moral. Como consequência, dois outros quesitos emergem: 1) sai do cenário o debate sobre o estatuto do embrião, direcionando a atenção para a situação social da criança, e 2) evidenciam-se as implicações para a filiação. As questões relativas ao parentesco, vínculo genético e filiação passam a ter fundamental importância, necessitando ser resguardadas. Em caso de doação heteróloga de gametas, por exemplo, está previsto que, após sua maioria, se a criança quiser conhecer a identidade do doador, isso será permitido (22). Esta é uma situação delicada e, talvez, impeditiva para aqueles doadores que não desejam de forma nenhuma ter a sua identidade vinculada a processos de reprodução assistida.

Além dos interesses da criança, duas outras situações seriam alvo de proteção pelo projeto: a primeira diz respeito à comercialização de órgãos, vedando terminantemente o “útero ou barriga de aluguel”, mas mantendo a possibilidade da gravidez de substituição de forma gratuita; a outra refere-se à proteção legal dos usuários. Segundo a proposta, é preciso equilibrar a relação comercial e assimétrica entre indivíduos – dispostos a tudo para realizar seu desejo de ter filhos – e profissionais – considerados detentores unilaterais do conhecimento médico e remunerados substancialmente por seus serviços (23). O reconhecimento sobre a presença dessas assimetrias traz como consequência implicações éticas, pois envolve questões econômicas e de poder. Porém, pontos como aqueles relacionados à saúde das pes-

soas envolvidas, principalmente das mulheres, são muito pouco enfatizados.

O primeiro projeto substitutivo, apresentado pelo senador Roberto Requião, representaria um avanço em alguns aspectos, se houvesse sido aprovado. Foi proposta a substituição da denominação “consentimento informado”, utilizada para o documento a ser assinado pelos(as) usuários(as) e utilizada nos três projetos em tramitação, para “consentimento livre e esclarecido”, como forma de adequação à nomenclatura adotada pela Resolução MS nº 196/96 (24). Outro avanço diz respeito à tentativa de resguardar a saúde de mulheres e crianças envolvidas no processo. Como a gravidez múltipla é uma possibilidade bastante frequente na utilização das TRs, o limite de três pré-embriões a serem transferidos por tentativa seria um enorme ganho, em face das consequências decorrentes de uma situação como essa. Além disso, ficaria permitida, também, a prática da redução embrionária, desde que realizada por médico, como última oportunidade para salvar a vida da gestante e em consonância com a legislação brasileira (25).

O segundo projeto substitutivo, apresentado pelo senador Tião Viana, incorpora questões do projeto inicial e do primeiro substitutivo, mas introduz novas posições em tópicos considerados polêmicos. De acordo com o texto (artigo 13), fica determinado que a cada ciclo reprodutivo “poderão ser produzidos e transferidos até dois embriões (...) e que serão transferidos *a fresco* todos os embriões obtidos” (26). Se o objetivo desta proposta é proteger mulheres e bebês de

gestações múltiplas, ela pode ser considerada um avanço. Se, por outro lado, visa apenas a impedir o congelamento dos pré-embriões, seria um retrocesso, uma vez que implicaria na estimulação ovariana um maior número de vezes, caso a tentativa não fosse positiva. Nos artigos 3 e 19 (alínea III), o projeto veda a gestação de substituição, prevendo a punição do profissional que a utilizar (27). Ora, esta posição fragiliza imensamente as mulheres que necessitam, de fato, da RA para se tornarem mães (mulheres que são inférteis porque têm agenesia de útero, por exemplo, mas que possuem ovários e produzem gametas). Consideramos que esta é uma questão que precisa ser revista com extrema urgência.

Como pôde ser verificado, os projetos apresentam vários pontos em comum. Entre eles, mencionamos: 1) forte referência à normatização profissional, demonstrando claramente o poder de articulação que a classe médica tem na defesa de seus interesses profissionais e na ampliação de suas áreas de atuação; 2) intenso viés cientificista, defendendo antes os interesses e desejos de profissionais e especialistas na área da reprodução humana que os interesses dos usuários e da própria sociedade; 3) lacuna ética significativa, já que, no processo de elaboração, a prioridade esteve direcionada a consultores da área técnica, em detrimento de outros grupos envolvidos; 4) adoção do padrão da família heterossexual, elegendo como possíveis usuários das TRs os casais e mulheres inférteis; 5) permissão para a transferência de no máximo quatro pré-embriões para o corpo da mulher (três no caso do primeiro projeto substitutivo 1 e apenas dois no segundo substitutivo); 6) claro viés eco-

nomicista, já que as NTRs são realizadas prioritariamente em serviços de saúde privados; 7) reconhecimento sobre uma baixa efetividade do tratamento, que se contrapõe ao que é veiculado pela mídia; e, ainda, 8) proibição da redução embrionária, com exceção de dois projetos que prevêem esta possibilidade nos casos de risco de vida para a gestante.

2. Questões éticas persistentes e a legislação correlata

Muitos dos questionamentos levantados persistem, mesmo em face da possibilidade de termos a aprovação de uma legislação específica em futuro próximo. Neste momento, porém, é possível recorrer a algumas normas e leis federais correlatas que, se não resolvem a questão em sua totalidade, pelo menos impedem que abusos sejam cometidos, fornecendo subsídios para nortear a prática clínica no uso das tecnologias reprodutivas. A seguir, faremos referência a algumas delas.

Para inquietantes situações relativas à clonagem humana, manipulação genética de células reprodutivas e experiências com embriões, pode-se utilizar a Lei Federal nº 8.974/95, que versa sobre o uso das técnicas de engenharia genética e de organismos geneticamente modificados (28). Esta lei regulamenta essas questões, tornando indisponível o material biológico das pessoas. No seu artigo 13, lê-se que constituem crimes as seguintes situações: “a manipulação genética de células germinais humanas” e “a produção, armazenamento ou

manipulação de embriões humanos destinados a servirem como material biológico disponível” (29). Embora esta lei esteja diretamente vinculada ao exercício da medicina reprodutiva, alguns profissionais não conseguem estabelecer uma clara conexão da mesma com a sua prática cotidiana. Persiste entre os membros do grupo a idéia de que não manipulariam material genético. Não seria necessário, portanto, recorrer às suas diretrizes, minimizando a sua aplicabilidade nos contextos de trabalho.

No caso de metodologias experimentais e situações de conflito entre profissionais e pacientes, entre outras circunstâncias, a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde – Diretrizes e Normas Regulamentadoras Sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos –, poderia contribuir para dirimir alguns dilemas neste campo (30). Elaborada para o contexto da pesquisa com seres humanos, é um documento fundamental, pois está embasada em diretrizes bioéticas e declarações internacionais de proteção aos direitos humanos e aos sujeitos de pesquisa. A resolução é complementada pela elaboração de documentos para áreas temáticas especiais, como é o caso da reprodução humana. Embora grande parte das TRs sejam consideradas como procedimentos consolidados, algumas delas ainda se encontram em fase experimental. Daí a importância instrumental da resolução neste contexto.

No que se refere às profundas implicações morais e sociais decorrentes das diferentes formas de filiação e parentesco e, também, no

que diz respeito aos direitos das crianças que nascerem em decorrência da utilização da tecnologia, pode-se evocar a Lei Federal nº 8.069/90, denominada *Estatuto da Criança e do Adolescente* (31). Esta lei versa sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, assegurando a esses agentes os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. Coloca, também, o dever moral da família e da sociedade de favorecer sua inserção familiar e comunitária, garantindo perspectivas futuras e qualidade de vida.

Embora o ordenamento jurídico brasileiro seja dos mais completos, considerando-se a Constituição do país e a legislação infraconstitucional, não podemos ignorar a velocidade com que as transformações no campo da biotecnologia ocorrem, com seus inegáveis reflexos sociais e, portanto, morais, pondo em terreno arenoso aqueles que nelas buscam orientação e respaldo. Apesar das tentativas de adequação à dinâmica social, como no caso recente do Código Civil, diversas questões, aí incluídas as decorrentes dos processos de reprodução humana assistida (registro, controle, armazenamento de gametas e embriões; filiação; paternidade; laços de parentesco; herança), não são abordadas ou ocorrem de forma incipiente, sem a devida contribuição plural.

3. Um olhar bioético sobre as propostas de regulamentação das TRs

A consolidação da Bioética no Brasil esteve fortemente vinculada a entidades de classe,

instituições de ensino e pesquisa e serviços de saúde (32). A importância da disciplina como ferramenta para favorecer a reflexão, mediação e proposição de alternativas nas situações de conflito moral, torna-se evidente. Porém, ainda não se estabeleceu uma inter-relação efetiva desse campo com o Poder Legislativo, ocasionando lacunas analíticas sobre temas delicados, como é o caso da utilização e acessibilidade às TRs. Os bioeticistas têm tido participação restrita nas discussões, funcionando mais como consultores do que como parceiros (33). Uma lógica que contraria o pensamento e a prática bioética, já que “todo o processo de mediação ética idealizado pelas teorias bioéticas pressupõe a intervenção social” como forma de auxiliar as pessoas a adquirirem autonomia e poder pessoal (34).

A ausência quase total da Bioética – em especial das abordagens críticas, incluída aqui a bioética feminista – nas discussões legislativas relacionadas às NTRs traduz uma situação bastante delicada. Demonstra que outras questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens, que se transformam em projetos de lei (como é o caso do aborto e do planejamento familiar, por exemplo), não têm merecido uma discussão ampliada no que se refere às diferentes moralidades que permeiam a sociedade brasileira e, ainda, sobre as redes relacionais e hierárquicas que contribuem para a manutenção de iniquidades neste campo. Em um contexto democrático, o espaço legislativo deveria transformar-se no *locus* privilegiado para a construção coletiva e o exercício de pressupostos fundamentais ao dis-

curso argumentativo da Bioética, entre os quais o respeito às diferenças e a prática da tolerância (35).

Sobre os projetos em questão, alguns pontos são especialmente susceptíveis de ponderações críticas. A própria terminologia utilizada mascara o seu real objeto. Os termos *reprodução medicamente assistida* e *reprodução assistida* não contemplam todo o campo da medicina reprodutiva, mas se restringem ao caso pontual da *artificialização da procriação*. Quando se fala de *infertilidade medicamente constatada* para a ausência de filhos, recoloca-se nas mãos daqueles que detêm o controle da técnica o poder da decisão, pois eles saberiam como solucionar o sintoma. Desta forma, a mulher se transforma no próprio objeto de aplicabilidade das técnicas, acabando por se submeter “voluntariamente” ao saber do profissional que lhe oprime e fragiliza.

Outro aspecto relevante relaciona-se à injustiça instituída no que se refere à possibilidade de acesso à tecnologia. Não existe nenhum dispositivo nos projetos para que, na prática, *todas* as mulheres ou casais inférteis tenham garantido, equitativamente, o direito de fazer uso da tecnologia. *Todos*, aqui, representam aqueles que podem pagar. A utilização do argumento de que as mulheres teriam “direito a se reproduzir”, para justificar a introdução do procedimento em serviços públicos, traduz-se em uma falácia. Isso acontece exatamente porque os profissionais resumem o universo de direitos das mulheres à questão da reprodução, que em grande parte é

vista sob a ótica da técnica, hierarquizando de forma distorcida esses direitos.

Na verdade, quando se pensa na transferência da tecnologia para o serviço público, estão em questão não só a alocação de recursos em saúde e as prioridades estabelecidas para o setor mas, principalmente, aquilo que se considera prioritário para a saúde reprodutiva de mulheres pobres. Há inclusive casos em que as mulheres que freqüentam esses serviços transformam-se em “doadoras de óvulos” para outras mulheres que lhes pagam a medicação necessária para a hiperestimulação ovariana e que freqüentam clínicas particulares (36). Ou seja, as questões das desigualdades, das assimetrias, do poder econômico e ideológico que perpassam a utilização das TRs deveriam ser necessariamente colocadas na pauta de discussões.

Uma outra faceta relaciona-se ao assunto que diz respeito à intocabilidade do embrião. Enquanto os projetos tramitam e os especialistas em reprodução humana se apóiam na Resolução CFM nº 1.358/92, houve avanços significativos na pesquisa com embriões, seleção de embriões, exames para diagnóstico pré-implantatório e novos testes genéticos. Efetivamente, a prática desses testes em fases iniciais da vida, no sentido de verificar se o embrião seria portador de alterações cromossômicas ou genéticas, tem se tornado um procedimento corriqueiro em muitos serviços. Atualizar as propostas que se encontram em fase de tramitação é uma forma de proteger as pessoas que recorrem ao uso da tecnologia.

Acreditamos que um franco diálogo entre a Bioética e o Poder Legislativo contribuirá decisivamente para transformar a legislação, nos seus diferentes níveis, em um verdadeiro instrumento de intervenção social. No caso específico das TRs, os benefícios advêm da possibilidade de minimizar os vieses profissional e tecnicista que obscurecem as reais situações de conflito moral nas quais estão inseridas as mulheres. Ampliaria, desta forma, o cenário no qual se dá o debate e a prática clínica. A defesa das pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade no processo – aqui representadas por mulheres e bebês – traduz o ideal ético a ser defendido pela Bioética (37).

4. Considerações finais

É preciso considerar que houve uma rápida evolução nos laços entre mulheres e médicos no caso das TRs – e diríamos, até mesmo uma certa convivência entre esses agentes. A insidiosa passividade com que estas se submetem aos procedimentos permite-nos inferir que o simbolismo social da maternidade como um dom persiste, fortemente, no imaginário feminino. Em muitos casos, essa associação reflete a tentativa das mulheres por adquirir ou recuperar o poder de inserção na sociedade que a maternidade lhes confere. Alguns poderiam argumentar que as mulheres não teriam uma noção precisa do poder e *status* social que a maternidade lhes confere. O “desejo de ter filhos” representaria, assim, apenas o resultado de uma construção social que vincularia obri-

gatoriamente a vivência feminina ao ideal simbólico da relação mãe-filho. De forma diversa, porém, acreditamos que as mulheres têm plena convicção desse poder, utilizando-o, inclusive, como moeda de trocas sociais (38). Isso não significa que elas não estejam em situação vulnerável neste contexto, já que as propostas até agora elaboradas focalizam e buscam proteger principalmente embriões, fetos e crianças.

No caso das TRs, a vulnerabilidade se reflete em diferentes áreas: 1) esfera social, sob a pressão para procriar; 2) esfera técnica, pela falta de conhecimento sobre a totalidade do processo, por força do pensamento equivocado sobre a eficácia e segurança do procedimento, pela ausência de clareza quanto às reais possibilidades de efeitos colaterais para si e para o nascituro; e 3) esfera moral, pelo pouco poder nas relações afetivo-sexuais, devido à submis-

são ao conhecimento e decisões médicas e à mercê das crenças tradicionalmente aceitas quanto ao exercício da maternidade. Esses fatores, associados à ausência de legislação específica e ao fascínio que a “enchente midiática habitada por estratégias de poder” apresenta da “medicina do espetáculo”, fragiliza, submete e invisibiliza as experiências subjetivas (39).

Assim, as implicações éticas das intervenções no campo da reprodução humana remetem à responsabilidade (pessoal e social) e prudência que deveriam ter todos os agentes envolvidos nesse processo. A preocupação da Bioética justifica-se, pois, não apenas pelos reflexos da aplicação de tais práticas na atualidade, mas também pela necessidade de atenção às gerações futuras.

RESUMEN

Bioética, legislación y tecnologías reproductivas

En este texto, los autores enfocan el debate bioético y legal sobre la utilización de tecnologías reproductivas en Brasil, presentando la trayectoria de las propuestas que visan reglamentar la práctica clínica de la reproducción humana asistida. Utilizan como referencia analítica los siguientes documentos: la Resolución CFM no1.358/92, los proyectos de ley que están tramitando en el Congreso Nacional, leyes y reglamentaciones correlativas al tema. La apreciación de estos documentos permite verificar las diferentes orientaciones técnicas y morales que influyen la conducción del asunto en el legislativo. Se puede verificar que el enfoque principal de los proyectos se refiere a los derechos e intereses de los niños, a los posibles beneficios de la técnica y a la reducción embrionaria. Ha sido dada muy poca relevancia a la cuestión de los derechos reproductivos y sexuales y a la salud de las mujeres que se someten a las nuevas tecnologías reproductivas.

ABSTRACT

Bioethics, legislation and reproductive technologies

In this study, the authors focus on the bioethical and legal debate about the utilization of reproductive technologies in Brazil, presenting the path of the proposals that aim at regulating the clinical practice of human assisted reproduction. The following documents are used as reference for the analysis: the Resolution by the Federal Council of Medicine (CFM) n.1.358/92, the bills in the National Congress, laws and regulations related to the subject. The examination of these documents allows us to verify the different technical and moral orientations that influence the conduction of the issue in the legislative sphere. It can be verified that the main focus of the projects refers to the rights and interests of children, to the possible beneficiaries of the technique and to embryo reduction. Very little relevance has been directed to the issues of sexual and reproductive rights and to the health of women that undergo new reproductive technologies.

REFERÊNCIAS

1. Corrêa MV. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da Biologia ou uma Biologia sem limites?* Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001: 10.
2. Guilhem D. *New reproductive technologies, ethics and legislation in Brazil: a delayed debate.* *Bioethics* 2001;15:218-30.
3. *Vários exemplos da criação de demanda devido a sucessos vinculados pela mídia são descritos por Colucci C. Quero ser mãe: histórias de mulheres que engravidaram com a ajuda da ciência.* Ribeirão Preto: Palavra Mágica, 2000.
4. A reportagem de capa da revista *Veja*, de 9 de maio de 2001, apresentava a seguinte manchete: *Tudo por um filho – nove entre cada dez casais brasileiros inférteis conseguem ter filho com a ajuda da medicina.* Carelli G. *Tudo por um filho.* *VEJA* 2001 maio 9; 34(18):108-15.
5. Corrêa MV. *As novas tecnologias reprodutivas: uma revolução a ser assimilada.* *Physis* 1997;7(1):69-98. Ver também Oliveira MF. *Não se faz mais bebês de proveta como antigamente: a obsolescência da FIVETE – Fertilização in vitro e Transferência de Embriões.* *Seminário Biotecnologia: entre a ficção e a realidade; 1999 nov 8-10; São Paulo.* 17 p. Mimeo. Disponível, também, na página <http://culturabrasil.art.br/RIB/DPBartigo1.htm>. Acessado em: 15 de dezembro de 1999.
6. Chatel MM. *Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução.* Rio de Janeiro: Campo Matemático, 1995: 64-65.
7. Chatel MM. *Op. cit.* 1995: 62-66.

8. Oliveira MF. *Expectativas, falências e poderes da medicina da procriação: gênero, racismo e Bioética*. In: Scavone L, Organizador. *Tecnologias reprodutivas: gênero e cidadania*. São Paulo: Editora UNESP, 1996. *Seminários & Debates*. Ver também Chatel MM. *Op. cit.* 1995: 55.
9. Edwards J, Franklin S, Hirsch ED. *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception*. 2. ed. London: Routledge, 1999. Ver também, Oliveira DCA; Borges Jr E. *Reprodução assistida: até onde podemos chegar? compreendendo a ética e a lei*. São Paulo: Gaia, 2000.
10. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 1.358, de 11 de novembro de 1992. Adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida. In: _____. *Resoluções normativas: separata dezembro de 1957 a agosto de 1994*. Brasília: CFM, 1994: 180-4.
11. Vale salientar que a situação legal da utilização das tecnologias reprodutivas no Brasil ainda se encontra pendente. Um exemplo de agilidade na regulamentação das TRs é a Inglaterra, que foi o primeiro país a elaborar normas para o funcionamento dos serviços de fertilidade e para as experiências com embriões humanos. A publicação do Warnock Report em 1984 subsidiou a elaboração do Human Fertilization and Embryology Authority (HFEA) e o British Embryology Act, de 1990. Ver: United Kingdom. Department of Health & Social Security. *Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology*. London: Her Majesty Stationery Office, 1984. Ver também, United Kingdom. Department of Health and Social Security. *HFEA Code of Practice*. 4th ed. London: Her Majesty Stationery Office, 1998.
12. Conselho Federal de Medicina (Brasil). *Op. cit.* 1994: 180.
13. Chatel MM. *Op. cit.* 1995: 72.
14. Embora não exista menção específica aos documentos ingleses nas tentativas realizadas no Brasil para regulamentar a matéria, fica evidente a influência do Warnock Report nos textos da Resolução CFM nº 1.358/92 e nos três projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional.
15. Embora a redução embrionária na presença de gravidez múltipla seja proibida, ela é frequentemente realizada em nome do risco de vida para a mãe, uma das situações previstas na legislação brasileira.
16. Acredita-se que existam hoje no Brasil mais de 100 clínicas que trabalham com reprodução humana assistida. Dentre essas, no entanto, somente cinco, talvez seis, funcionam em serviços públicos de saúde.
17. Brasil. Câmara dos Deputados. Moreira L. Projeto de Lei nº 3.638/93. Institui normas para a utilização de técnicas de reprodução assistida. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicação do Senado Federal, 2000: 7. Este projeto ainda está tramitando nas diversas instâncias da Câmara dos Deputados. Foi elaborado em 1993, mas ficou cerca de cinco anos parado na Comissão de Seguridade Social e Família.
18. Brasil. Câmara dos Deputados. Moura C. Projeto de Lei nº 2.855/97. Dispõe sobre a utilização de técnicas de reprodução humana assistida e dá outras providências. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicação do Senado Federal, 2000: 2-3.

19. Brasil. Câmara dos Deputados. Moura C. *Op. cit.* 2000.
20. Ribeiro DC, Galvão MF, Kühn MLS, Fonseca RNA. *O Ministério Público e o controle externo dos processos de procriação medicamente assistida. Brasília: Procuradoria Pró-Vida do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, maio 2000. Paper preparado pela Procuradoria Pró-Vida do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios sobre reprodução medicamente assistida.*
21. Brasil. Senado Federal. Alcântara L. *Projeto de Lei nº 90/99. Dispõe sobre reprodução assistida. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicação do Senado Federal, 2000.*
22. Brasil. Senado Federal. Alcântara L. *Op. cit.* 2000: 9.
23. Brasil. Senado Federal. Alcântara L. *Op. cit.* 2000: 21.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.*
25. Brasil. Senado Federal. Requião R. *Substitutivo ao Projeto de Lei nº 90/99. Dispõe sobre técnicas de reprodução assistida. Brasília, 2000: 8. Disponível na página <http://www.senado.gov.br/web/senador/requiao/pls90999INDC.htm>. Acessado em: 5 de julho de 2000.*
26. Brasil. Senado Federal. Viana T. *Substitutivo ao Projeto de Lei nº 90/99. Dispõe sobre técnicas de reprodução assistida. Brasília: Gabinete do Senador, 2001: 20. Mimeo.*
27. Brasil. Senado Federal. Viana T. *Op. cit.* 2000: 22.
28. Brasil. Leis, decretos, etc. *Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995. Regulamenta os incisos II e V do parágrafo 1 do artigo 225 da Constituição Federal. Estabelece normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados, autoriza o Poder Executivo a criar, no âmbito da Presidência da República, a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança e dá outras providências. In: Cadernos de Biossegurança 1. Brasília: MCT, 2001.*
29. Brasil. Leis, decretos, etc... *Lei nº 8.974 de 5 de janeiro de 1995. Op. cit, 2001:43.*
30. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Op. cit.* 1996.
31. Brasil. Leis, decretos, etc. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Imprensa Nacional, 1990.*
32. Diniz D, Guilhem D, Garrafa V. *Bioethics in Brazil. Bioethics 1999;13: 244-8.*
33. Brasil. Senado Federal. Subsecretaria de Comissões. *Comissão de Assuntos Sociais. Pauta de reunião extraordinária do dia 8 de maio de 2001. Audiência pública sobre o Projeto de Lei do Senado nº 90/99, que dispõe sobre técnicas de reprodução. Brasília: Senado Federal, 2001.*
34. Corrêa MV, Diniz D. *Novas tecnologias reproduti-*

vas: um debate à espera de regulamentação. In: Carneiro F, Emerick MC, Organizadoras. *A ética e o debate jurídico sobre o acesso e uso do genoma humano*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000: 103-12.

35. Sherwin S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992. Ver também: Wolf S, Organizadora. *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996.

36. Nascimento S. *Mercado da vida: médicos de Brasília retiram óvulos de mulheres de baixa renda para beneficiar clientes de suas clínicas particulares*. *Época* 2001 Out. 22: 92-3.

37. Tong R. *Nonfeminist and feminist perspectives on artificial insemination and in-vitro fertilization*. In: Tong R. *Feminist approaches to bioethics: theoretical*

reflections and practical applications. Colorado: Westview Press, 1997: 156-86.

38. *Alguns exemplos que sedimentam esta idéia podem ser mencionados: 1) para as adolescentes a gravidez representa duas situações: é um rito de passagem da infância para a maturidade e a possibilidade de estabelecer uma aliança conjugal (substituindo a virgindade); 2) para as portadoras do HIV, o período em que ainda não é possível determinar se o bebê vai ser soropositivo ou soronegativo para o HIV é um momento no qual elas gozam de "livre" trânsito nos serviços de saúde; 3) a mulher que está em vias de romper a aliança conjugal muitas vezes utiliza a maternidade para perpetuá-la; e 4) a maternidade e as crianças são utilizadas como moeda para manutenção do nível socioeconômico após uma separação conjugal.*

39. Chatel MM. *Op. cit.* 1995: 61, 65.

ENDEREÇOS PARA CORRESPONDÊNCIA

Dirce Guilhem
AOS – Quadra 04 – Bloco B – Apto 617
CEP: 70660-042
Brasília - DF – Brasil
E-mail: guilhem@unb.br

Mauro Machado do Prado
Rua P-5, nº 120
Setor dos Funcionários
CEP: 74543-160
Goiânia - GO – Brasil
E-mail: pradomauro@uol.com.br