

Novas tecnologias reprodutivas: doação de óvulos. O que pode ser novo nesse campo?

New reproductive technologies:
oocyte donation. What could be new in this field?

Marilena V. Corrêa ^{1,2}

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier 524, 7º andar, Rio de Janeiro, RJ, 20559-900, Brasil.

² Centro de Estudos de Saúde Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil. mcorrea@ism.com.br

Abstract *This article discusses the so-called "new" reproductive technologies. The author analyzes and challenges this adjective, since for over two decades this group of medical techniques and experiments has been widely disseminated in the medical market. The media's coverage of test tube babies, and especially developments in intervention on human germ cells and embryos, help challenge the supposed permanent novelty of everything surrounding reproductive technologies and genetic interventions. Society is doubtless experiencing an open process in full innovation, but the social and symbolic effects on planning maternity, paternity, and filiation are still not well perceived or discussed. To illustrate such contradictions, the article focuses on the case of oocyte donation, highlighting the need for new perspectives in terms of social control over the dissemination of reproductive technologies.*

Key words *Medical Technology; Reproduction Techniques; Ovum; Oocyte Donation*

Resumo *Este artigo discute as "novas" tecnologias reprodutivas. Através da interrogação dessa adjetivação, são analisadas estratégias e contradições que mantêm como novo esse conjunto de técnicas e experiências médicas iniciadas há mais de duas décadas e que encontraram ampla difusão no mercado de serviço médicos. A presença, na mídia, da temática dos bebês de proveta e, sobretudo, de seus desdobramentos em termos da intervenção sobre células germinativas e sobre embriões humanos, ajuda a conferir o caráter de permanente novidade a tudo o que cerca as tecnologias reprodutivas e as intervenções genéticas por ela possibilitadas. Apesar de, sem dúvida, encontrarmos-nos diante de um processo aberto e em plena inovação, os efeitos sociais e simbólicos no plano da maternidade, paternidade e filiação são ainda pouco sentidos e discutidos. Para ilustrar tais contradições é focalizado o caso da doação de óvulos. Este evidencia a necessidade de serem buscadas novas perspectivas em termos do controle social da difusão das tecnologias reprodutivas entre nós.*

Palavras-chave *Tecnologia Médica; Técnicas de Reprodução; Óvulos; Doação de Oócitos*

Aparentemente paradoxal, a pergunta que dá título à discussão que se segue é pertinente, a meu ver, uma vez que o estabelecimento sucessivo de técnicas e práticas médicas reunidas sob aquele termo – novas tecnologias reprodutivas (NTR) – tem conhecido uma rápida consagração e um sucesso nos quais o aspecto de novidade sofre um ambíguo processo de velamento. Em 1978 nasce o primeiro bebê após fertilização *in-vitro* (FIV), na Inglaterra, e, em seguida, iniciam-se, no Brasil, as primeiras tentativas de repetição exitosa de emprego da mesma tecnologia, o que veio a ocorrer em 1984. Desde então, bebês de proveta, troca de material reprodutivo humano, congelamento de embriões, clonagem, medicina genética preditiva, entre outros temas, não deixaram mais de sofrer ampla e intensa exploração midiática (Corrêa, 1997b).

Persistem, contudo, mal documentados e mal esclarecidos, no plano científico, a eficácia duvidosa, os altos riscos e custos no emprego desta tecnologia (Annas, 1998). Em função da quase inexistência de uma prática de registro, assim como da ausência de vigilância das atividades laboratoriais e clínicas da reprodução assistida, não se tem conhecimento, por exemplo, de quantos embriões excedentes são produzidos; quantos estão congelados; quais os índices de gestações múltiplas e suas seqüências para a saúde das mulheres e bebês; quantos nascem por ano através daquelas técnicas; quais as condições de nascimento desses bebês (idade gestacional, peso, complicações perinatais etc.); qual a taxa de sucesso da aplicação das diferentes técnicas entre diferentes casos de infertilidade, entre muitas outras perguntas que permanecem sem resposta no Brasil, embora seja fundamental que se possa obter tal tipo de informação e o conhecimento a ela relacionado. Paralelamente, no debate social, assiste-se a uma repetição de discussões de problemas morais, éticos, pessoais, suscitados por essa forma de intervenção no processo reprodutivo, que tem repercussões no plano da filiação, da constituição de famílias, da subjetividade e das identidades.

Para além do fator temporal, representado aqui por mais de duas décadas de atividades e experiências de fertilização artificial com seres humanos, quando se tem em mente uma perspectiva histórica da intervenção médica no processo reprodutivo, vemos reforçada a idéia de que as chamadas novas tecnologias de reprodução não podem tampouco ser consideradas uma ruptura ou novidade completamente inesperada. De fato, identifica-se um processo de artificialização crescente, o qual incide so-

bre os diversos momentos da seqüência reprodutiva (concepção, parto, aleitamento etc.). As NTR, voltadas para o estímulo da concepção, são, nesse sentido, a última etapa de um processo contínuo de medicalização da reprodução e da sexualidade. Mas elas constituem sim uma importante inovação no sentido de que, pela primeira vez, o problema da impossibilidade de reprodução biológica, mesmo que não sem dificuldades, pode ser biologicamente resolvido. Essa novidade encontra, entretanto, obstáculos para ser descrita como tal: chamado inicialmente de reprodução artificial, o conjunto de técnicas que permite que pessoas estéreis, sozinhas ou homossexuais sejam capazes de procriar, acabou por ser renomeado, no campo médico, diversas vezes, como reprodução assistida, reprodução humana assistida ou, ainda, como assistência médica à procriação, em clara eufemização da idéia de artificialidade ligada àqueles processos.

A associação entre essa tecnologia (a FIV), aplicada no campo da clínica ginecológica e obstétrica e entendida como forma de vencer infertilidades transitórias ou definitivas, às incertezas e aos impasses da aplicação das pesquisas genéticas e de biologia molecular, que se desenvolvem paralelamente e, às vezes, agregadas à medicina da reprodução, acentua essas ambigüidades (Jamain et al., 2000). Se a FIV se anuncia e é acolhida como uma revolução na medicina, no que diz respeito aos sujeitos diretamente implicados – especialistas e usuários – parece ser, até então, socialmente adequado evitar todo um excesso da inovação, bem como evitar a idéia de artificialidade quanto à criação e manipulação da vida humana, sendo preferível mantê-la no domínio do “natural” e do conhecido (Corrêa & Loyola, 1999).

Isso não se dá sem dificuldades. A tecnologia conceptiva ter-se-ia desenvolvido em função de uma demanda tão antiga quanto a própria humanidade: o desejo de ter filhos, de continuidade, de formação de famílias, enfim, de reprodução social. Temos visto que na criação de respostas a tal demanda conta mais a disponibilização de uma tecnologia do que a definição de quadros patológicos conceitualmente definidos, passíveis de identificação diagnóstica e de propostas de prevenção e combate, como funciona a “antiga medicina moderna”, em vigor até hoje nos mais diversos campos da atenção médica. As NTR parecem, entretanto, seguir, o novo modelo encontrado em outras áreas da “medicina de ponta” – vide Prozac®, Xenical®, Viagra® etc. De fato, sem desejo de filhos não se pode falar em infertilidade. Mas qual seria o papel daquela tecnologia na de-

manda por filhos, hoje? A idéia de realização biológica – genética, gestacional, imaginária ou de aluguel – reforçada e, algumas vezes, gerada pela reprodução assistida, não nos permite supor que as NTR poderiam ser criadoras de um novo desejo do desejo de filhos (Corrêa, 1997a)?

Contraditoriamente, sua baixa performance – estima-se um sucesso global de menos de 10% (Marcus-Steiff, 1990) das tentativas, o que, para os mais entusiastas, não chegaria a 25% (ASRM, 1999) – nega, de forma bastante objetiva, o acesso ao sonhado bebê que a FIV seria capaz de promover. Ainda mais paradoxalmente, o “tratamento” pela FIV aos impossibilitados de reprodução produz, como principal efeito iatrogênico, as gestações múltiplas. Vemos aqui a incapacidade de, atualmente, as tecnologias conceptivas, de fato, fazerem *um* bebê (de proveta). Ou, dito de outra maneira, a incapacidade de essa tecnologia fazer artificialmente *um bebê* da forma “mais natural” possível.

Guardando esta dimensão mais conceitual – na qual categorias como ruptura/continuidade, natural/artificial constituem polaridades em tensão, produzidas no atravessamento do campo da reprodução pela tecnologia conceptiva – poderíamos retomar a pergunta do título em sentido mais literal, aplicando-a a um plano mais prático e da realidade: chamam a atenção, então, como aspecto “novo” do campo das NTR, os problemas ligados à constituição de uma prática da doação de óvulos.

A doação de óvulos

As inovações da tecnologia conceptiva avançaram do estabelecimento da fertilização *in vitro*, como método de “tratar” a infertilidade de origem tubária, indo na direção do desenvolvimento de técnicas microcirúrgicas de manipulação de células reprodutivas. Depois disso surge, como problema maior a ser enfrentado, o do suprimento de óvulos. A idéia da produção *in vitro* da concepção foi motivada inicialmente pela impossibilidade de sua ocorrência no local natural – as trompas (lesadas, obstruídas, cirurgicamente ligadas ou ausentes). Com o estabelecimento da ICSI (*intracytoplasmic sperm injection*), em 1992, buscou-se paliar as infertilidades atribuídas ao fator masculino – o sêmen não fecundante ou hipofecundante. A possibilidade de manipulação laboratorial das células sexuais ou reprodutivas trazida por essa técnica fez dela, então, o padrão do método de reprodução assistida. A manipulação pode ser também de células imaturas, não ejacula-

das, obtidas cirurgicamente do epidídimo ou do testículo (Te Velde et al., 1998).

Sem dúvida, a doação de óvulos foi deixada “para depois” em função de dificuldades específicas. Do ponto de vista técnico, a impossibilidade de congelar e disponibilizar óvulos em bancos – como havia ocorrido com o sêmen – colocou um entrave ligado à circulação desse material biológico humano. A invasividade e as pesadas manipulações do corpo feminino – implicadas nas diferentes etapas do ciclo FIV, tais como a hiperestimulação hormonal, a punção e coleta de óvulos, a superprodução de embriões etc. – são aspectos negativos, cuja imposição a mulheres que viriam apenas a “doar” seus óvulos seria, de modo geral, ainda mais dificilmente justificável do ponto de vista ético do que a FIV. Essas mulheres correriam os riscos e arcairiam com custos financeiros sem estarem envolvidas em um projeto próprio de maternidade.

As dificuldades éticas aumentam quando se especula sobre o que pode levar uma mulher a doar óvulos nesse contexto de efeitos colaterais desagradáveis e indesejáveis, riscos e custos. Na economia do dom, no campo da saúde, espera-se que à doadora seja oferecido um contra-dom que simboliza o reconhecimento de seu gesto, o qual pode ser a valorização social do ato, como no caso da doação de sangue. No campo da reprodução assistida, as incertezas e atitudes controversas relativas a bebês de proveta, ao uso de material reprodutivo “doado”, ao congelamento de embriões etc. não permitem que tal circuito possa ser acionado. As interrogações que permanecem no plano ético, psicológico e social, no que concerne às motivações e compensações individuais para o dom de óvulos, têm acabado por suscitar representações ainda mais negativas.

A doação de óvulos ficou vista, então, como “última etapa terapêutica”, entre vários motivos, pelo fato extremamente excepcional da ocorrência de dom de óvulos espontâneo, o que cria aquilo que vem sendo discutido, no campo da reprodução assistida, como um estado de *penúria* permanente de óvulos.

As indicações principais do recurso à óvulo-doação no estudo de Cornet et al. (1996) seriam: a menopausa precoce (32%) e as dígenesias gonadais (alterações da forma e estrutura dos ovários). Ficariam excluídas, portanto, mulheres acima de 43 anos de idade ou outros fracassos não explicados da aplicação da FIV. O que se vê no programa do Centro coordenado por Cortet et al. (1996) é o encaminhamento de mulheres doadoras por iniciativa das receptoras. Aquelas vão doar para receptoras não conhecidas, de modo a ser garantido o anonimato.

to requerido na prática da doação. Para se ter idéia dos efeitos da hiperestimulação hormonal das mulheres doadoras, como ocorre em toda FIV, foram recolhidos cerca de dez ovócitos por ciclo por doadora ao longo dos três anos analisados no estudo. Outros pontos mencionados como parte do programa são: consultas com psicólogos, informação acerca dos riscos para obtenção do consentimento e controles biológicos do material trocado. O último item fez com que, a partir de 1995, todos os embriões devessem passar por congelamento antes da implantação, de modo a seguir o estado sorológico dos casais e pacientes previamente à tentativa de implantação dos embriões. Vê-se como a normatização da prática da óvulo-doação – mesmo que limitada, mas incluindo critérios não apenas técnicos como também éticos – favorece seu enquadramento enquanto prática médico-terapêutica e dificulta enormemente sua aplicação em função das exigências a serem cumpridas.

Estudo mais recente sobre a maturação de ovócitos *in vitro* e a respeito do congelamento de óvulos amplia o espectro de “indicações”, propondo – pelo menos hipoteticamente, dado os resultados limitadíssimos do congelamento de óvulos e de tecido ovariano – a criação de bancos de óvulos. O congelamento possibilitaria evitar a doação em casos como os de mulheres jovens que tivessem que sofrer radioterapia ou quimioterapia, muitas vezes infertilizantes, indicados no tratamento de cânceres (Bettahar-Leguble et al., 2000).

Em função das dificuldades apontadas, a doação de óvulo permaneceu, portanto, pouco acessada, apesar de o registro do primeiro nascimento de um bebê gerado com óvulo doado ter ocorrido em 1983, na Austrália (Laborie et al., 1985). Essa prática reaparece hoje, junto de outras propostas que indicam claro aumento da invasividade da tecnologia conceptiva, como representado pelo *assisted hatching*, que pode ser traduzido por “eclosão embrionária assistida”, o qual implica uma intervenção no ovo formado, de modo a “ajudá-lo” a implantar-se no útero. O aumento da invasividade da tecnologia coexiste com sua muito fraca performance. Revisão recente dos dados da rede francesa de conservação de células reprodutivas indica uma taxa de sucesso global da FIV associada à doação de 14,5% (Fédération Française des Cecos, 1999).

Apesar desses problemas, no que se refere aos aspectos simbólicos das formas particulares de filiação que envolvem doação de sêmen e doação de óvulos, os poucos estudos existentes indicam que, na doação de óvulo, seria mais

fácil, comparativamente à doação de sêmen, a superação de conflitos psicológicos quanto à parentalidade. Isso porque a mulher passa pelas experiências da gestação e, sobretudo, pelo parto. Permanecem obscuras, contudo, as razões que levariam uma mulher a ser doadora (Laruelle & Englert, 1989; Englert et al., 1997).

Brasil: propostas de captação de óvulos e (des)regulamentação das NTR

Como se deduz com facilidade, a dificuldade de recrutamento de doadoras tem papel central nos programas de doação de óvulos. Isto constitui um aspecto que pode levar a propostas eticamente inaceitáveis ou contestáveis em função do argumento da penúria. As propostas mais comuns de captação de óvulos têm sido (Englert et al., 1997): 1) coleta de óvulos no momento da realização de cirurgia abdominal. Não se pode esquecer que uma agressão a mais é feita nesses casos, representada pela estimulação hormonal e o monitoramento da paciente; 2) de mulheres que passam por outras técnicas de FIV. Nesse caso, embora não se adicionem riscos, é eticamente questionável que mulheres submetidas a uma técnica de reprodução assistida sejam capazes de dar consentimento livre quanto à utilização de alguns de seus óvulos por outra mulher, visto sua dependência da equipe médica; 3) doadoras relacionais, aquelas que são trazidas pelo próprio casal interessado (modelo mais comum na Europa Ocidental hoje); 4) doadoras profissionais, aquelas que recebem remuneração para “doar” seus óvulos, como são encontrados casos documentados nos Estados Unidos. A discussão da remuneração é mais complicada na doação de óvulos, porque essa prática impõe à doadora gastos importantes com medicamentos, procedimentos médico-cirúrgicos e anestésicos, entre outros.

No Brasil, determinado sentido da palavra voluntariado – presente desde o início da instalação da reprodução assistida, nos anos 80 – retorna em programas de doação de óvulo. Em momento inicial da constituição do campo da reprodução assistida, pacientes ditas “voluntárias” – que normalmente não poderiam arcar com as despesas desse tratamento – eram inscritas em programas de reprodução assistida de clínicas privadas (localizadas principalmente na cidade de São Paulo). Naquelas ocasiões, essas mulheres, acompanhadas por médicos brasileiros, eram internadas para serem submetidas à FIV sob a supervisão de especialistas estrangeiros (Reis, 1985; Corea, 1987). Estes, por

sua vez, além de contribuírem com a exportação dessas técnicas para o Brasil, tinham, nessas oportunidades, a chance de ampliar e reafirmar seu prestígio na área, além de mais um campo de experiência com uma terapêutica emergente.

Em nosso País, a grande maioria dos expostos à idéia de bebês de proveta – popularizada pela mídia e, em particular, pela televisão – não é consumidora potencial em função dos altíssimos custos desta tecnologia. Igualmente, a idéia de que as mulheres entram em estado de in/hipofertilidade a partir de 35 anos de idade (para alguns especialistas, a partir já dos 30 anos) circula no mesmo circuito de divulgação e, talvez, de formação da demanda por reprodução assistida (RA): a mídia e as obras e materiais de divulgação concebidos pelos especialistas.

Surgem então *novas* propostas que envolvem a doação de óvulos. Algumas equipes médicas, trabalhando com doação de óvulos no Brasil, têm recomendado a coleta de óvulos de mulheres que viriam a submeter-se a pequenas cirurgias pélvicas. Para tal, essas mulheres deveriam sofrer a hiperestimulação hormonal, visando a essa “doação”. Nesse caso, segundo o especialista, “*vislumbrar-se-ia beneficiar receptoras incluindo no programa mulheres de classes menos privilegiadas economicamente*” (Donadio, 1999a). O autor quer dizer com isso que as menos favorecidas economicamente estariam livres de custear a compra de medicamentos para hiperestimulação, o monitoramento por imagens até a coleta, além desse último procedimento, todos a cargo da doadora (mulher submetida a outra cirurgia que concordou participar de tal programa).

Outra abordagem ficou conhecida como “doação compartilhada de óvulos” (Lopes et al., 1999). Segundo sua “*metodologia, o Programa consiste basicamente em que uma mulher receptora, com indicação para recepção de óvulos, doe a medicação para a hiperestimulação ovariana de uma paciente (doadora) portadora de infertilidade que justifique a realização de fertilização in vitro, mas que não disponha de recursos para tal*” (Lopes et al., 1999:2). A primeira é atendida na clínica privada do especialista que concebeu o Programa, e a segunda, em hospital público, onde ele também trabalha.

Nessa operação temos, de um lado, uma mulher pobre, “doadora”, cuja infertilidade é determinada por problemas passíveis de prevenção. Esses problemas típicos do terceiro e quarto mundos – como abortos e infecções de repetição mal tratados ou não tratados – levam muitas mulheres à infertilidade por obstrução tubária. A elas soma-se um contingente repre-

sentado pelas mulheres que “optaram” por esterilização cirúrgica “voluntária”. Como mostra a última Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (BENFAM, 1996), 40,1% das brasileiras estão esterilizadas em idade de 28,9 anos. Trata-se, portanto, de mulheres férteis do ponto de vista hormonal e de seus ovários, que podem doar os óvulos que produzem. De outro lado estão mulheres ricas – em geral, mais velhas –, seguindo os padrões reprodutivos do mundo desenvolvido, que têm seu projeto de reprodução adiado, ou seja, seu desejo de maternidade deve esperar para que se cumpram outras realizações no plano da escolaridade e da vida profissional. Elas têm uma idade na qual ou, de fato, sua fertilidade baixou, ou sua disponibilidade de espera por um bebê acabou. Elas são, portanto, candidatas a receber óvulos das primeiras, pagando por seu próprio tratamento e pelo das doadoras (as mulheres que não precisam de óvulos, e sim de FIV, mas não podem comprar medicamentos, custear os procedimentos, honorários médicos etc.).

Tal operação deixa evidente como, para além de uma possível exploração de gênero, essa medicina da reprodução acresce a possibilidade de exploração física e mental entre mulheres. Ela evidencia, além disso, mais claramente do que na aplicação de outras técnicas de reprodução assistida, a questão da vulnerabilidade e de diferentes vulnerabilidades morais às quais se encontram expostas as mulheres confrontadas a seus desejos de reprodução e de maternidade *vis-à-vis* às tecnologias concepitivas.

Recentemente teve-se notícia, pela imprensa, do caso de uma mulher que veio a engravidar de cinco bebês (Correio Brasiliense, 1999). Aos 39 anos de idade, desempregada, ela havia ligado as trompas há mais de dez anos, pois já tinha dois filhos. Casada pela segunda vez com um homem que ganha um salário mínimo por mês, ela procurou um serviço público envolvido em Programa como o citado, por não poder fazer a FIV “por conta própria”. Grávida em dezembro de 1999 (época da matéria), ela não podia levantar-se da cama, o que ocorreu durante quase toda a gestação, devido ao risco de entrar em trabalho de parto em um momento que a prematuridade dos bebês os colocaria sob risco de vida. Essa mulher interpreta a comunicação do obstetra de que uma das crianças está atravessada na parte baixa de seu útero, como designio de Deus: ele está segurando os outros bebês. “*Vai se chamar Davi porque é forte e protetor*”. O casal não sabe como vai fazer, mas não desfaz de seu destino. Segundo ela, a princípio, ao saber da gravidez de quíntuplos (pa-

lavra cujo significado essa mulher não conhecia até então), ficou triste e chorou, mas depois pensou: “*Deus é misericordioso. Era tanto o que eu queria, o que sonhei... Acho que eu e meu marido oramos demais e Deus mandou cinco de uma vez só*”.

Seria a intervenção da tecnologia conceitual, mesmo em casos medicamente bem configurados como o de uma mulher com esterilidade tubária, uma prática eticamente aceitável, sempre? Bastaria o argumento terapêutico? Em caso afirmativo, por que não existem defensores de sua introdução no serviço público fora de qualquer associação como a proposta de compartilhamento? A ‘doação compartilhada de óvulos’ deixa claro a opção por soluções privatizantes e lucrativas nessa campo. Com ela, uma mulher vai pagar o tratamento de duas. E, sobretudo, vai ter o seu tratamento viabilizado, no caso da doação de óvulos, pela inclusão compulsória de uma ‘doadora’, cliente de uma FIV. Essa solução evidencia os caminhos da difusão da reprodução assistida no Brasil, a oferta e a demanda por esses serviços no contexto de uma sociedade e de um país marcados por profundas desigualdades sócio-econômicas, educacionais e sexuais.

Como havíamos comentado, a utilização de óvulos “excedentes” de clientes de FIV é uma “solução” interrogada no que diz respeito a sua adequação ética. Face à vulnerabilidade sócio-econômica e moral (de dependência em relação ao médico e sua proposta única), em que tal doadora – e demandante de filhos – se encontra, é altamente questionável a posição de autonomia necessária a um consentimento livre para a participação em tal tipo de Programa.

Como concluímos em outro trabalho, no qual mulheres usuárias das NTR foram entrevistadas, as atitudes que cercam em geral o processo reprodutivo em nosso país – os constrangimentos relativos à infertilidade, o desejo de filhos e de constituição de uma família – levam a crer que, a menos que mudanças significativas, algumas já em curso, no sistema de valores nessa área venham a ocorrer e a se difundir rapidamente, a procura pelas NRT deve aumentar, principalmente se esses serviços tornarem-se acessíveis a uma parcela menos limitada da população, ao contrário do que ocorre atualmente (Corrêa & Loyola, 1999).

Em função dos aspectos polêmicos e duvidosos que envolvem embriões para pesquisa, intervenção em células totipotenciais, clonagem, barriga de aluguel e doação de óvulos, entre outros, apontados ao longo deste artigo, uma pergunta se coloca: como estaria se dando a regulamentação da prática da reprodução

assistida no Brasil? Responder de forma satisfatória a essa pergunta implica uma discussão que não cabe aqui realizar (Corrêa, 2000; M. Corrêa & D. Diniz, comunicação pessoal). Certos pontos merecem, entretanto, ser lembrados.

Os resultados do inquérito da *International Fertility and Sterility Society* mostram enorme diversidade entre os 38 países analisados, no que se refere à matéria que fica sob a Lei, aquilo que é focado como *guidelines*, o tipo de sanção, o tipo de agência que controla – Estado, associações profissionais etc. (IFFS, 1999).

Entre nós, é relativamente tardia a iniciativa de controle dessa prática. Ela está representada por uma resolução do Conselho Federal de Medicina, de 1992 (CFM, 1992). Paralelamente, surgiram, no Brasil, leis, como a de biotecnologia (MCT, 1995), que trata do embrião humano (criminalizando sua produção e armazenamento voltados exclusivamente para pesquisa) e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996), a qual propõe normas relativas à pesquisa que envolve seres humanos, dentre as quais tem destaque a pesquisa em *reprodução humana*. Além disso, temos três Projetos de Lei em tramitação no Congresso Nacional, propondo uma Lei de Reprodução Assistida. Em alguns casos, seus autores são médicos. Todos os projetos são um contraponto à resolução do CFM: eles concordam, em maior ou menor grau, ou discordam dos itens daquela resolução (Cfemea, 1999).

Como exemplo desse problema e da defasagem de tempo que isso envolve, lembraria que, hoje, autores em diferentes contextos têm procurado publicar em periódicos amplamente difundidos não especializados em medicina reprodutiva, discussões importantes sobre porque casais inférteis deveriam passar por gestações problemáticas (Fitzsummons et al., 1998; Van Steirteghem, 1998; Angel et al., 1999; Baird et al., 1999; Bergh et al., 1999; Craft et al., 2000). Os riscos ligados à gestação múltipla decorrem da má prática que a FIV pode representar. Na busca de melhoria de suas taxas de sucesso, equipes em todo mundo se permitiram, em momento anterior, realizar transferência de elevado número de embriões na expectativa da implantação de alguns. Hoje, preconiza-se a transferência de um máximo de dois embriões. Outra análise comparativa das regulamentações da reprodução assistida, realizada por especialista nesta tecnologia (Cohen & Jones, 1999:4), fala na importância de “*um consenso internacional para permitir reduzir os riscos de gravidez múltipla*”. Todos os Projetos de Lei, no Brasil, propõem transferência de quatro embriões (como a resolução do CFM), o que se encontra

em completa defasagem com a tendência que se estabelece como boa prática no campo.

As normas e recomendações propostas nos últimos anos indicam, entretanto, maior sensibilidade no país à problemática da biotecnologia, em que se inclui a reprodução assistida. Gostaríamos de sublinhar que a regulamentação, seja no plano da Lei, de normas regulamentadoras, controladas pelo Estado ou por associações profissionais, só tem sentido no caso em que, como primeiro passo, se constituam instâncias de registro das atividades de reprodução assistida. Na situação brasileira, elas são mínimas e muito pobres. Em quase vinte anos de atividades de reprodução assistida, foram produzidos apenas dois registros nacionais no País com dados muito limitados (Franco Jr. & Wheba, 1994; Registro Latino-americano de Reprodução Assistida, 1997). O que pode significar uma regulamentação, no plano da Lei, em contextos nos quais pouco se conhece a respeito do que é feito? Nenhum dos projetos de Lei indica, como etapa 1, a necessidade de registro e fiscalização das atividades dos Centros FIV, que se constituem como verdadeiros laboratórios. Sem a garantia dessa etapa e tendo em vista a hegemonia do discurso médico que ultrapassa o texto daqueles Projetos, é possível questionar sobre quem seriam os primeiros a beneficiarem-se, aqueles que viriam primeiramente a ser “protegidos”: os sujeitos – em particular, as mulheres – implicados no emprego dessas técnicas, ou os especialistas, que passariam a ter sua prática legalizada?

Para concluir, ressaltaríamos que essas perguntas necessitam permanecer em discussão e que, para tal, a reflexão ética sobre as NTR deve ser permeável a estudos sociológicos atentos ao debate social, ao estudo de mulheres, às feministas, entre outros. No Brasil, o debate bioético tem ocorrido predominantemente no interior de instituições e associações médicas,

fato em parte responsável por uma medicalização do processo regulatório mesmo no plano da Lei. Apesar disso, na fronteira que se constrói entre o debate bioético e a esfera legislativa, observa-se uma tensão: estudiosos da ética e da bioética – que não são um bloco monolítico e contam, no caso da reprodução, com a mediação da reflexão acerca dos gêneros, feministas entre outras citadas – mostram resistência à entrada do formalismo jurídico no pensamento moral, ao passo que profissionais do direito e legisladores, como em qualquer outro campo de influência jurídica, empenham-se em reorganizar a estrutura moral da sociedade pela sugestão e imposição de leis e normas. Daí nasceu o movimento acadêmico do biodireito, uma proposta de análise e resolução dos conflitos morais sobre a saúde e a doença sob a óptica legislativa. O biodireito, assim como a relação da bioética com o Legislativo, ainda é incipiente no país, haja vista a carência ética do debate normativo com referência às novas tecnologias reprodutivas e a outros temas do campo da saúde reprodutiva. Para que o biodireito possa fazer face à sucessão de desdobramentos e dos impasses gerados pela reprodução assistida é preciso que ultrapasse a proposta de transposição mecânica dos pressupostos formalistas e positivos do direito para o campo da ética. Para a bioética, ignorar o Legislativo é deixar de fora uma instância fundamental de uma sociedade democrática para a mediação e a normatização das diferenças morais. Ou seja, campo propício de atuação do discurso bioético, entendido como mediador em processos que supõem intervenção social. Entretanto, a bioética não pode ser entendida nem sustentada como garantia última e definitiva. Ela se constrói segundo as diversas lógicas presentes no campo da reprodução e ter isso em mente talvez seja a única forma de manter aberto um debate que não pode, por enquanto, terminar.

Referências

- ANGEL, J.; KALTER, C. S.; MORALES, W. J.; RASMUSSEN, C. & CARON, L., 1999. Aggressive perinatal care for high order multiple gestations: Does good perinatal outcome justify aggressive assisted reproductive techniques? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 81:253-259.
- ANNAS, G., 1998. The Shadowlands – Secrets, lies and assisted reproduction. *New England Journal of Medicine*, 339:935-939.
- ASRM (American Society for Reproductive Medicine), 1999. Highlights from may fertility and sterility. An analysis of the state-of-art in Assisted Reproduction in the U.S. for 1996. *ASRM Bulletin*, 1:1-3.
- BAIRD, D.; WICOX, A. J. & KRAMER, M. S., 1999. Why might infertile couples have problem pregnancies? *Lancet*, 353:1724-1725.
- BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil), 1996. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Relatório Preliminar*. Rio de Janeiro: BEMFAM.
- BERGH, T.; ERICSON, A.; HILLENSJÖ, T.; NYGREN, K.-G. & WENNERHOLM, U.-B., 1999. Deliveries and children born after in-vitro fertilisation in Sweden 1982 – 95: A retrospective cohort study. *Lancet*, 354:1579-1585.
- BETTAHAR-LEGUBLE, K.; OHL, J.; RONGIÈRES, C.;

- WITTEMER, C. & NISAND, I., 2000. Perspectives de l'avenir: La congélation et la maturation in vitro des ovocytes. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 28:211-222.
- MCT (Ministério da Ciência e Tecnologia), 1995. Lei nº 8.974, de 05 de janeiro de 1995. Regulamenta os incisos II e IV do parágrafo 1º 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. <http://www.mct.gov.br/legis/leis/8974_95.htm>.
- FÉDÉRATION FRANÇAISE DES CECOS, 1999. Bilan français 1998 de l'assistance médicale à la procréation avec tiers donneur et de l'autoconservation. *Contraception Fertilité Sexualité*, 27:452-456.
- CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria), 1999. *Reprodução Humana Assistida Comparativo entre Projetos que Tramitam no Congresso Nacional e Resolução do CFM*. Brasília: Cfemea.
- CFM (Conselho Federal de Medicina), 1992. *Resolução CFM, nº 1.358/92*. São Paulo: CFM.
- CNS (Conselho Nacional de Saúde), 1996. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Resolução CNS 196/96*. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde.
- COHEN, J. & JONES, H., 1999. PMA: Réglementation et lois. Comparaison internationales. *JOBGYN*, 4: 1-4.
- COREA, G., 1987. Le projet Manhattan de reproduction. In: *Les Cahiers du Griff - De la Parenté à l'Eugenisme* (R. Braidotti, org.), Paris: Ed. Tierce Automne.
- CORNET, D.; ALNOT, M. O.; WEIL, E.; SIBONY, C.; MANDELBAUM, J.; KUTTEN, F. & SALAT-BAROUX, J., 1996. Don d'ovocytes - Don d'embryons. *Contraception Fertilité Sexualité*, 24:691-693.
- CORRÊA, M. V. & LOYOLA, M.-A., 1999. Medicalization of reproduction: New reproductive technologies, images of child and family among a group of women from the city of Rio de Janeiro. *Journal of Social Sciences*, 3:73-87.
- CORRÊA, M. V., 1997a. *A Tecnologia a Serviço de um Sonho. Um Estudo sobre a Reprodução Assistida no Brasil*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- CORRÊA, M. V., 1997b. As novas tecnologias reprodutivas: Uma revolução a ser assimilada. *Physis*, 7: 69-98.
- CORRÊA, M. V., 2000. Reprodução assistida. Regulação possível? Quem controla o quê e como? *Journal do Conselho Federal de Medicina*, 116:8-9.
- CORREIO BRASILIENSE, 1999. Supergrávida. *Correio Brasiliense*, Brasília, 10 dez., Caderno Cidades, p. 1.
- CRAFT, I.; GORGY, A.; PODSIADLY, B. & VENKAT, G., 2000. Limiting multiple births. *Lancet*, 355:1103-1104.
- DONADIO, N., 1999a. Óvulo doações por mulheres de 36 anos e férteis com proles definidas durante pequenas cirurgias laparoscópicas. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, 3. <<http://www.sbra.com.br>>.
- DONADIO, N., 1999b. Recrutamento de óvulos doadora entre mulheres férteis que necessitam cirurgias abdominais de pequeno porte. Doações compartilhadas anônimas consentidas. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, 3. <<http://www.sbra.com.br>>.
- ENGLERT, Y.; RODESCH, C.; LARUELLE, C. & GOVERTS, I., 1997. Don d'ovocyte: Aspects éthiques liés à la donneuse. *Contraception Fertilité Sexualité*, 25:251-257.
- FITZSUMMONS, B.; BEBBINGTON, M. & FLUKER, M., 1998. Perinatal and neonatal outcomes in multiple gestations: Assisted reproduction versus spontaneous conception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 179:1162-1167.
- FRANCO Jr., J. G. & WHEBA, S., 1994. I Registro Brasileiro sobre o uso de técnicas de reprodução assistida - 1992. *Reprodução*, 9:199-202.
- IFFS (International Fertility and Sterility Society), 1999. Surveillance 98. *Fertility and Sterility*, 71 (Sup. 2):S1-S34.
- JAMAIN, S.; VIALARD, F.; BOURGERON, T. & FELLOUS, M., 2000. Le projet Génome humain et la génétique de l'infertilité. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 28:190-197.
- LABORIE, F.; MARCUS-STEIFF, J. & MOUTET, J., 1985. Procréations et filiations. Logiques des conceptions et des nominations. *L'Homme*, 25:5-39.
- LARUELLE, C. H. & ENGLERT, Y., 1989. Don de sperme: Rétribution ou réparation. *Contraception Fertilité Sexualité*, 17:667-668.
- LOPES, J. R. C.; MEDINA-LOPES, M.; BRANDI, M. C.; COSTA, R. R.; BARBOSA, A. H.; COSTA T.; NOGUEIRA, T. M.; TENÓRIO, M. C.; MELO, M. L. & ZVEITER, C. S., 1999. *Doação Compartilhada de Óvulos: Uma Nova Proposta para Infertilidade que Beneficia Mulheres Carentes e Mulheres para Recepção de Oócitos*. Brasília: Centro de Endoscopia e Assistência à Fertilidade/Hospital Materno-infantil de Brasília. (mimeo.)
- MARCUS-STEIFF, J., 1990. Les taux de succès de la FIV: Fausses transparences et vrais mensonges. *La Recherche*, 21:1300-1312.
- REIS, A. R. G., 1985. *A fertilização In-vitro no Brasil - A História Contada, as Estórias*. Brasília: Biblioteca do Senado Federal.
- REGISTRO LATINO-AMERICANO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, 1997. Resultados no Brasil das técnicas de Reprodução Assistida durante o ano de 1995. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, 2:1-4.
- TE VELDE, E.; VAN BAAR, A. L. & VAN KOOIJ, R. J., 1998. Concerns about assisted reproduction. *Lancet*, 351:1524-1525.
- VAN STEIRTEGHEM, A., 1998. Outcome of assisted reproductive technology. *New England Journal of Medicine*, 338:194-195.