The background of the cover is a vibrant pink and red gradient. In the center, a large, glowing yellow and orange egg cell is depicted. Several blue sperm cells with long tails are shown swimming towards the egg. The text is overlaid on this illustration.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia**

TESE DE DOUTORADO

**As Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas
no Comitê de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS**

Vera Simone Schaefer Kalsing

Porto Alegre

2010

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia**

TESE DE DOUTORADO

**As Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas
no Comitê de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS**

Vera Simone Schaefer Kalsing

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutora em Sociologia.

Orientadora Prof.^a Dra. Lorena Holzmann

Porto Alegre

2010

Vera Simone Schaefer Kalsing

**As Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas
no Comitê de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutora em Sociologia.

Aprovada em 04 de março de 2010.

BANCA EXAMINADORA

PROF.^a DR.^a LORENA HOLZMANN
PPG-Sociologia – IFCH – UFRGS (Presidente da Banca)

PROF.^a DR.^a MARILENA CORRÊA
Instituto de Medicina Social - UERJ

PROF.^a DR.^a CLÁUDIA FONSECA
PPG-Antropologia Social – IFCH – UFRGS

PROF.^o DR.^o RENATO DE OLIVEIRA
PPG-Sociologia – IFCH – UFRGS

Ao Pedro Lucas,
que me ensinou que a Vida é um paradoxo.
A partir de sua existência, a vida tornou-se
um eterno recomeçar e um eterno aprendizado.
À minha mãe e ao meu pai (*in memoriam*)
pelos valores morais e princípios éticos.

AGRADECIMENTOS

À professora Lorena Holzmann que, pela segunda vez, orientou-me em um trabalho de pós-graduação, pelo apoio, o carinho, a competência, o profissionalismo, a orientação e a fé em meu trabalho.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pela aprovação do projeto.

Ao professor José Roberto Goldim pela atenção concedida para os contatos com os integrantes do Comitê.

Às entrevistadas e aos entrevistados pela concessão da entrevista, principalmente, à Márcia Mocelin Raymundo.

Aos professores Maíra Baumgarten Corrêa e Renato de Oliveira pelas tão frutíferas observações na banca de qualificação do projeto.

À professora Marta Luz Sisson de Castro pela disposição em orientar-me na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e à médica Dra. Jussara Loch.

Aos colegas de doutorado, pelas trocas em aula e fora dela, especialmente ao Fabrício, ao Francis, à Mari e à Luciana. Seus apoios, trocas e bibliografias foram fundamentais.

Ao Márcio Barcellos ao Fabrício e à Lorena Fleury pela grande ajuda com o NVivo.

Aos funcionários e Professores (as) do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, especialmente à Regiane.

À professora Soraya Maria Vargas Cortes pelo apoio em várias ocasiões.

Ao professor Enno Dagoberto Liedke Filho pelo apoio e incentivo em minha chegada à Porto Alegre em 1996.

À Comissão de bolsas do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e à Capes pela concessão da bolsa.

Aos meus familiares, mãe, irmãs e cunhados pelo apoio, o carinho e a força.

À minha mãe, que por tantas vezes cuidou de seu neto para que sua filha pudesse cumprir os compromissos implicados na realização de um curso de doutorado. Não só por esses momentos, mas pela vida inteira dedicada às filhas.

Ao meu esposo, Márcio Santana, pelo apoio, a força, o carinho, a paciência e, principalmente, pelas palavras sempre tão honestas e apropriadas que tanto me ajudaram a trilhar este caminho tão desafiador e fascinante.

Ao meu filho, Pedro Lucas, razão da minha vida desde 2003, pela paciência, pelos sorrisos, pelo amor e pela compreensão nos momentos de ausência. E, acima de tudo, pelas palavras repetidas todos os dias: "Mãe, tu é linda!"

À minha sogra e a toda a família de meu esposo pelo apoio e pela compreensão pela ausência.

Aos amigos, sempre tão presentes e indispensáveis: Daniela, Janete, Bete, Juliete, Armando e, aos queridos e eternos amigos Léia e Nivaldo.

À Télia Negrão, secretária executiva da Rede Feminista de Saúde, pelo incentivo e a troca de ideias.

À minha mais nova amiga e colega da Facensa, Elaine, com quem passei grande parte do tempo de realização do doutorado trocando ideias, experiências, angústias.

Enfim, a tod@s que, de algum modo, tiveram participação e me ajudaram a trilhar este caminho tão pedregoso e, ao mesmo tempo, tão gratificante, meus agradecimentos e minhas desculpas se esqueci-me de alguém.

Vielen Dank!

As tecnologias de reprodução, ao transformar, tanto nos corpos humanos, quanto no corpo do pensamento, a geração em produção em série de seres vivos, oscilando entre o estatuto de seres potenciais, de objetos de laboratório e de material tronco desenraizado como esperança de regeneração, iniciaram uma ruptura antropológica sem precedente (Louise Vandelac, *Sob o signo das bios*, 2005, p. 15).

Talvez a cena mais linda e agradável de que me recordo seja acordar de manhã e olhar para o lado e ver aquele rosto lindo...

RESUMO

Neste estudo, foi analisado o processo de discussão de casos envolvendo as novas tecnologias reprodutivas conceptivas no Comitê de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, buscando investigar: *se casos referentes à aplicação dessas tecnologias são/foram levados para discussão no Comitê e como são/foram tratados; qual é o papel de um comitê de bioética clínica nos casos discutidos sobre NTRc; como a categoria gênero está presente nas discussões sobre as NTRc no Comitê; como as questões éticas suscitadas pelo desenvolvimento e aplicação das NTRc são abordadas pelos membros do Comitê, principalmente no que se refere à conduta médica na aplicação dessas tecnologias.* Buscou-se identificar os atores envolvidos; verificar a composição, por sexo, do Comitê; mapear as posições dos diferentes atores em relação às NTRc; investigar os posicionamentos de homens e mulheres no que se refere às questões éticas e de gênero implicadas na aplicação dessas tecnologias. Como suporte teórico da pesquisa, adotou-se os conceitos de gênero, direitos reprodutivos, direitos sexuais, ética do discurso e a perspectiva da bioética feminista. A metodologia consistiu em pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas com os membros do Comitê. Constatou-se que a temática das NTRc não é debatida com frequência. No início do atendimento de RA no hospital, eram trazidos mais casos para consultoria, eram feitas discussões mais amplas sobre as consequências e repercussões da aplicação dessas tecnologias, sobretudo, considerando as questões éticas. A pouca discussão de casos no Comitê envolvendo as NTRc é compreendida como um reflexo de uma bioética tradicional e da ausência de discussão e de crítica à persistência de relações de assimetria de gênero e aos abusos e ao poder médico diante do desenvolvimento tecnológico. Nas falas dos entrevistados, podem ser verificados modelos tradicionais dos papéis que cabem aos homens e às mulheres na sociedade. É notável a naturalização da maternidade, o que foi interpretado como um indicador da posição tradicional e conservadora dos membros do Comitê. Os riscos para a saúde das mulheres e bebês envolvidos nos tratamentos de RA praticamente não são abordados.

Palavras-chave: novas tecnologias reprodutivas, gênero, bioética, ética, direitos reprodutivos, direitos sexuais.

ABSTRACT

This study examined the process of discussion of cases involving new reproductive technologies in the Bioethics Committee of Clinicas Hospital of Porto Alegre city of Rio Grande do Sul state, aiming to investigate: *whether cases concerning the application of these technologies are/were taken for discussion in the Committee and how are/were treated; what is the role of a committee of clinical bioethics in the cases discussed on ntrc; how the gender category is present in the discussions on ntrc in the Committee; how ethical issues raised by the development and implementation of ntrc are addressed by Committee members, especially with regard to medical management in implementing these technologies.* We tried to identify the actors involved, check the composition, by sex, of the Committee, to map the positions of different actors in relation to ntrc; investigate the attitudes of men and women with regard to ethical issues and of gender issues involved in implementing these technologies. In theoretical support of the research, we adopted the concepts of gender, reproductive rights, sexual rights, discourse ethics and the perspective of feminist bioethics. The methodology consisted of desk research and semi-structured interviews with the members of the Committee. It was found that the topic of ntrc is not discussed often. At the beginning of RA treatment in the hospital, more cases were brought in for advice, were made wider discussions on the consequences and implications of these technologies, especially considering the ethical issues. A little discussion of cases involving ntrc in the Committee is understood as a reflection of a traditional bioethics and of the lack of discussion and of critique of the persistence of relations of asymmetry of gender and of the abuse and medical power in the face of technological development. In the interviews, can be verified traditional models of the roles of men and women in society. It is remarkable the naturalization of motherhood, which was interpreted as an indicator of the traditional and conservative position of the members of the Committee. The risks to the health of women and babies involved in the treatment of RA are barely addressed.

Keywords: new reproductive technologies, gender, bioethics, ethics, reproductive rights, sexual rights.

SUMÁRIO

Introdução	12
Capítulo I	30
O desenvolvimento da Ciência e da Tecnologia e o Capital	30
O desenvolvimento das Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas	36
A entrada das NTRc no Brasil	38
Capítulo II	44
O desenvolvimento da ginecologia, o poder médico e as questões de saúde nas NTRc..	44
Capítulo III	58
As Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas no Feminismo.....	58
Capítulo IV	71
O Surgimento da Bioética.....	71
Capítulo V	89
Considerações Teóricas	89
A ética do discurso em Habermas	89
A noção de gênero e a maternidade no contexto das NTRc.....	100
Os conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais.....	113
O debate filosófico dentro do feminismo: A bioética feminista	129
Capítulo VI	138
A origem dos Comitês de Bioética	138
O Programa de Atenção aos Problemas de Bioética do HCPA	140
O Comitê de Bioética Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	143
Capítulo VII	147
As Novas Tecnologias Reprodutivas no Comitê de Bioética Clínica	147
O debate e o papel do Comitê de Bioética Clínica nos casos sobre NTRc	147
Novos valores? Mudanças nas relações entre os sexos? O papel da mulher na reprodução e o controle médico no contexto de desenvolvimento das NTRc	163
As questões éticas no debate sobre as NTRc	180
Considerações Finais	191
Bibliografia Citada	196
Bibliografia Consultada	203
Documentos Pesquisados e Páginas Eletrônicas Acessadas	210
Filmes Assistidos	211
Anexos	212
Glossário dos Termos Técnicos.....	212

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	214
Resolução do Conselho Federal de Medicina.....	215
Lei do Planejamento Familiar	218
Portaria do Ministério da Saúde sobre Reprodução Assistida.....	222
Código de Nuremberg	225

INTRODUÇÃO

Esta tese é fruto de intensos e anteriores questionamentos sobre questões de gênero, formulados desde o período da realização do curso de graduação em Ciências Sociais e, após, no decorrer do curso de mestrado em Sociologia.

A temática das novas tecnologias reprodutivas conceptivas (NTRc) está inserida no contexto de desenvolvimento da ciência e da tecnologia e, principalmente, da biotecnologia e da medicina, e também é uma das preocupações da bioética. No entanto, as questões de gênero presentes na aplicação dessas tecnologias, tendo em vista que a maioria das técnicas está voltada para o corpo feminino, e o controle médico da reprodução, não podem prescindir de uma discussão desde uma perspectiva de gênero.

As novas tecnologias reprodutivas conceptivas são também conhecidas pelo termo *reprodução assistida*. De acordo com Corrêa (2001, p.1), “*reprodução assistida* é o termo médico que descreve um conjunto heterogêneo de técnicas reunidas em torno de um eixo: o tratamento paliativo para situações de esterilidade, mas que o ultrapassam”. O termo *novas tecnologias reprodutivas conceptivas* é mais utilizado em estudos críticos que tratam da relação entre medicina, tecnologia e a intervenção destas sobre o corpo individual e o processo reprodutivo. Na linguagem comum, as técnicas de reprodução assistida são descritas por expressões como “bebês de proveta”, “barriga de aluguel”, etc. que marcaram sua divulgação (CORRÊA, 2001).

As Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas podem ainda ser chamadas de Reprodução Humana Assistida (RHA), Reprodução Medicamente Assistida (RMA) e Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas e Genéticas (NTRc e Genéticas). Atualmente, já existe entre os especialistas no assunto uma diferenciação entre as Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas e as Novas Tecnologias Reprodutivas Contraceptivas¹ (REDESAUDE, 2003).

¹ São consideradas como novas tecnologias reprodutivas contraceptivas o Gynefix (dispositivo intra-uterino), os implantes (Norplant), os anéis vaginais com hormônios, as pílulas masculinas (produzidas com pigmento amarelo da semente, talo e raiz do algodão) e as vacinas anticoncepcionais; a mais conhecida e pesquisada é a que contém o hormônio da gravidez (gonadotrofina coriônica humana) associado a um toxóide (tetânico ou diftérico, vírus do tétano ou da difteria). Vale a pena destacar o

As NTRc englobam uma série de técnicas, tais como inseminação artificial (IA)², fertilização *in vitro* (FIV)³, injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI)⁴; ligadas a outro tipo de técnicas genéticas complementares que possibilitam a manipulação, seleção, doação e congelamento de gametas.⁵ Conforme Ramirez (2003a), essas técnicas foram desenvolvidas para se enfrentar a infertilidade, definida pela Organização Mundial da Saúde e a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva, como a ausência de gravidez ao longo de um ano de relações heterossexuais não-protégidas. O critério para se definir desse modo a infertilidade surgiu da observação de que, em cada ciclo menstrual, um casal tem 20% de possibilidades de gravidez, os quais, ao cabo de um ano, se transformam em uma probabilidade cumulativa de 97%. Segundo Faundes (*apud* RAMÍREZ, 2003a),

uso da quinacrina – substância química para tratamento da malária, usada para esterilização feminina não cirúrgica, mediante a inserção de pastilhas na cavidade uterina com aplicações semelhantes às do DIU (Dispositivo Intra-Uterino) (REDESAUDE, 2003).

² A IA consiste no depósito de espermatozoides diretamente no trato genital feminino (vagina, colo uterino, cavidade uterina) mediante o uso de uma cânula. O sêmen pode ser do parceiro da mulher ou de doador anônimo. A fecundação acontece no corpo da mulher (RAMÍREZ, 2003a).

³ A FIV permite o encontro entre óvulo e espermatozóide fora do corpo da mulher, na proveta. *Grosso modo*, o sêmen é obtido mediante masturbação e o óvulo mediante um procedimento bem mais complexo: o ovário é hiperestimulado com medicamentos hormonais para produzir mais do que um óvulo. O crescimento e amadurecimento são acompanhados mediante ultra-som e os óvulos são extraídos do corpo da mulher mediante procedimentos que utilizam anestesia local ou geral. Uma agulha é introduzida em cada um dos folículos maduros e seu conteúdo é aspirado. A agulha chega ao folículo através do fundo da cavidade vaginal ou pela uretra. Os óvulos e os espermatozoides de melhor qualidade são colocados em um meio de cultura, fora do corpo, para que aconteça a fecundação. Os pré-embriões são transferidos para o útero (RAMÍREZ, 2003a).

⁴ A ICSI surgiu como uma alternativa à infertilidade masculina, seja por baixa contagem, anomalias de mobilidade ou ausência de espermatozoides. No último caso, é utilizada uma célula precursora do espermatozóide (espermátide). Os espermatozoides ou o espermátide são colocados em um meio de cultura, onde são preparados. Um deles é injetado diretamente no óvulo, mediante o uso de micro-manipuladores. Os óvulos são coletados da mesma forma que na FIV. A ICSI foi experimentada diretamente em humanos, em 1992, e desde 1993 está disponível no Brasil (RAMÍREZ, 2003a).

⁵ A RA se classifica em métodos de baixa e de alta complexidade. Entre as técnicas de baixa complexidade, incluem-se o coito programado e Inseminação Artificial Homóloga Intra-uterina, realizada com esperma do companheiro, ou a Heterológica, com esperma de doador. Nas técnicas de alta complexidade, incluem-se a fertilização *in vitro* (FIV) convencional e a injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI). Existem ainda outras técnicas desenvolvidas para auxiliar tais procedimentos, visando a superar obstáculos e à sua efetiva realização ou sucesso, são elas: a transferência do embrião, a gestação substituta e a doação de gametas ou de embriões. Ainda, a clonagem reprodutiva está classificada entre as técnicas de RA (REDESAUDE, 2003). E há ainda o diagnóstico genético pré-implantatório (ou pré-implantacional) (DGI ou DGPI, ou ainda DGP), uma técnica lançada clinicamente há mais de uma década por Handyside e outros, do Hospital Hammersmith, em Londres, que permite a remoção, por biópsia, de uma única célula (blastômero) de um embrião de até 14 dias para análise cromossômica, através da hibridização por fluorescência *in situ* (FISH), possibilitando identificar se o embrião é afetado por doenças genéticas, antes de

estima-se que, em 80% dos casais, considerados normais, a mulher engravida no primeiro ano de relações não-protégidas e 10% conseguem engravidar no segundo ano. Os 10% dos casais restantes são considerados com problemas de infertilidade.

Entre as causas da infertilidade, segundo o discurso médico, 40% dos problemas corresponderiam ao fator masculino, 40% ao fator feminino, e os 20% restantes são creditados ao casal ou não teriam causa definida (RAMÍREZ, 2003a).

A infertilidade, tanto masculina quanto feminina, pode ter inúmeras causas, sendo que alguns casos ainda são classificados como “sem causa aparente ou esterilidade idiopática”. A partir de dados indicativos de que a infertilidade aumentou entre casais nos centros urbanos do Brasil, alguns autores passaram a postular hipóteses de que esse aumento se deve ao estresse da vida urbana, poluição, doenças sexualmente transmissíveis (DST's), uso de anticoncepcionais, medicamentos, drogas, fumo e álcool. Alguns postulam ainda que o adiamento da maternidade leve casais a querer ter filhos em uma idade que já não são mais tão férteis (REDESAUDE, 2003).

A infertilidade feminina pode ser devida a infecções pélvicas que causam fibroses e bloqueios nas trompas; distúrbios hormonais; endometriose; disfunção tireoidiana; cistos e tumores ovarianos; estreitamento do colo uterino; perda cirúrgica dos ovários; histerectomia; agenesia do útero ou das trompas; mudanças bruscas de peso; excesso de exercícios físicos; tensões; distúrbios emocionais; DST's; interrupção de contraceptivos e estresse (REDESAUDE, 2003).

Na literatura, mencionam-se como causas da infertilidade masculina: oligoastenospermia, varicocele, alcoolismo, tensão, DST's, infecções urinárias, tabagismo, trauma físico nos órgãos sexuais. Outra causa seria o uso de agrotóxicos, uma vez que estes causam mutações genéticas. A exposição a metais pesados também pode trazer a infertilidade (REDESAUDE, 2003).

A detecção desses problemas e os desenvolvimentos cada vez mais acelerados na área da ciência e da tecnologia e, principalmente, na biotecnologia e

transfêri-lo para o útero, como também, determinar o sexo do embrião. Esta técnica já é utilizada no Brasil (ROTANIA, 2001; REDESAUDE, 2003).

na medicina, ocasionaram o surgimento de clínicas e centros de reprodução assistida em todo o mundo, levando à reprodução de bebês em laboratório.

Desde o nascimento do primeiro bebê de proveta, em 1978, na Inglaterra, o campo da reprodução assistida expandiu-se no mundo todo, dando origem a mais de um milhão de bebês, segundo dados da Organização Mundial de Saúde – OMS, dos quais 7.000 no Brasil (VIEIRA, 2009). Em 2001, mais de 40.000 bebês nasceram nos Estados Unidos por reprodução assistida. Estima-se que nasçam, por ano, mais de 30.000 bebês de sêmen doado e que em cerca de 10% dos ciclos foram utilizados óvulos ou embriões doados. Dos ciclos com embriões doados, 0,7% envolveram mães gestacionais. Em alguns países europeus, atualmente, mais de 5% de todos os nascimentos estão relacionados à reprodução assistida (VIEIRA, 2007).

No Brasil, encontram-se cadastradas 117 clínicas na Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e na Rede Latino-Americana de Reprodução Humana. No entanto, não existe propriamente uma legislação que trate das NTRc no Brasil. A reprodução assistida é regulada pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM-1.358 de 1992)⁶ que estabelece princípios gerais acerca das técnicas, da população, das condições físicas em que estas podem ser utilizadas, e da equipe de profissionais necessária para oferecer esse serviço (RAMÍREZ, 2003a).

O desenvolvimento das novas tecnologias reprodutivas conceptivas suscita questões e problemas novos do ponto de vista ético, tais como: a manipulação de embriões, a doação de gametas, a redução embrionária, a clonagem reprodutiva⁷ e

⁶ Este documento encontra-se em anexo.

⁷ A clonagem tradicional consiste em obter um embrião por meio do processo FIV e provocar divisão ou multiplicação dos embriões a partir do embrião original. A Clonagem Reprodutiva é pretendida para produzir uma duplicata de um indivíduo existente. É utilizada a técnica chamada de Transferência Nuclear (TN): Baseia-se na remoção do núcleo de um óvulo e substituição por um outro núcleo de outra célula somática. Após a fusão, vai havendo a diferenciação das células. Após cinco dias de fecundação, o embrião agora com 200 a 250 células, forma um cisto chamado blastocisto. É nesta fase que ocorre a implantação do embrião na cavidade uterina. O blastocisto apresenta as células divididas em dois grupos: camada externa (trofoectoderma), que vai formar a placenta e o saco amniótico; e camada interna que dará origem aos tecidos do feto. Após o período de gestação surge um indivíduo com patrimônio genético idêntico ao do doador da célula somática. A clonagem reprodutiva é uma concepção assexuada e assexuada. O zigoto resultante, produzido por indução elétrica da ação do citoplasma, é transferido para um útero até que a gravidez seja levada a termo. O

a clonagem terapêutica⁸, o diagnóstico genético pré-implantacional, trazendo novamente à tona a possibilidade da eugenia. Também implica questionamentos a respeito das relações entre os sexos no contexto de seu desenvolvimento. Todos esses problemas precisam ser melhor abordados do ponto de vista sociológico e, desde uma perspectiva de gênero, procurando investigar as implicações da aplicação dessas tecnologias e da conduta médica para a saúde da mulher, considerando que a maioria dessas técnicas está voltada para o corpo feminino⁹ e para as relações entre os sexos.

Tendo em vista o crescimento da oferta e da procura dessas técnicas no país, além de outros desenvolvimentos tecnológicos e os problemas éticos que eles suscitam, e ainda, mudanças percebidas na conduta dos pacientes, foram criados dentro das instituições que realizam tais procedimentos comitês de bioética ou comitês de bioética clínica, tendo como um dos objetivos acompanhar e realizar questionamentos éticos sobre a responsabilidade e os procedimentos realizados pelos médicos. Como também auxiliar na reflexão de problemas éticos que surgem no dia-a-dia da assistência médica.

De acordo com Goldim e Francisconi (1997), atualmente, em razão de exigências sociais, culturais ou legais, existem diferentes tipos de comissões de

indivíduo assim gerado terá as mesmas características do doador, não sendo, portanto, nem filho nem irmão deste, mas uma cópia. Diz-se que a clonagem é assexuada, pois não há união dos gametas masculino e feminino. Este tipo de técnica de Reprodução Assistida é proibido no Brasil. Segundo especialistas em reprodução humana, a técnica descrita não oferece segurança neste estágio de desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia atual (REDESAUDE, 2003).

⁸ A Clonagem "Terapêutica" é um procedimento cujos estágios iniciais são idênticos à clonagem para fins reprodutivos, difere somente no fato do blastocisto não ser introduzido em um útero. Ele é utilizado em laboratório para a produção de células-tronco (totipotentes) a fim de produzir tecidos ou órgão para transplante. Esta técnica tem como objetivo produzir uma cópia saudável do tecido ou do órgão de uma pessoa doente para transplante (http://www.ghente.org/temas/clonagem/index_txr.htm).

⁹ Os procedimentos de hiperestimulação ovariana, utilizados na FIV visando à otimização da coleta em termos de quantidade e qualidade de óvulos, podem causar a Síndrome da Hiperestimulação Ovariana (OHSS). A OHSS pode provocar rápida acumulação de fluidos na cavidade abdominal, caixa torácica e em volta do coração. São sintomas precoces: dores pélvicas, náuseas, vômitos e ganho de peso. Outros sintomas incluem um severo alargamento ovariano, dificuldades respiratórias e disfunções do fígado. Ainda, pode causar danos aos ovários, rupturas e hemorragias na cavidade abdominal, tendo como consequência a necessidade de intervenções cirúrgicas. Outras consequências são as oclusões arteriais, que reduzem o fluxo sanguíneo para órgãos importantes e extremidades, causando a perda de membros; complicações pulmonares, coágulos, etc. Esse quadro poderá ser agravado em termos de saúde das mulheres com o possível uso da clonagem como técnica de reprodução assistida, pois o procedimento requer um número muito grande de óvulos (REDESAUDE, 2003).

ética atuando no âmbito das instituições de saúde. As primeiras a surgir foram as comissões de ética e deontologia médica, seguidas pelas de enfermagem, que têm por objetivo zelar pelo cumprimento dos deveres e direitos inerentes ao exercício profissional dos médicos e enfermeiros, respectivamente. Após, surgiram os comitês de ética em pesquisa em saúde, previstos nas Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, que visam a avaliar a adequação ética dos projetos de pesquisa que envolvam seres humanos. Mais recentemente, surgiram comitês de bioética, que têm por finalidade refletir e avaliar questões e dilemas morais oriundos da prática e dos procedimentos realizados no âmbito da instituição. Cabe salientar que não é atribuição deste tipo de comissão discutir sobre as políticas institucionais de alocação de recursos. Embora este seja um dos temas discutidos na bioética (www.bioetica.ufrgs.br).¹⁰

Os comitês de bioética foram criados a partir de uma solicitação de um juiz nos Estados Unidos para tomar uma difícil decisão com relação à interrupção de medidas que mantinham viva uma paciente em coma (Karen Quinlan, 1976). Com o passar do tempo, este tipo de comitê foi progressivamente sendo criado nos hospitais, na medida em que o avanço tecnológico da medicina e uma mudança da atitude dos pacientes, que se tornaram mais conscientes de seus direitos, trouxeram para os médicos problemas que transcendiam seus conhecimentos científicos e técnicos (www.bioetica.ufrgs.br).

Segundo Goldim e Francisconi (1997), ao se pensar na criação de um comitê de bioética, seus idealizadores compreendiam que questões, por vezes, extremamente complexas do ponto de vista moral, não poderiam ser discutidas somente por médicos. Esta é a razão pela qual os comitês de bioética são constituídos por um grupo multidisciplinar: médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, assistentes sociais, advogados (não ligados à instituição para evitar eventual conflito de interesses)¹¹, psicólogos, eticistas, representantes do hospital, da comunidade (leigo), de diferentes religiões, como também pessoas de ambos os sexos (www.bioetica.ufrgs.br).

¹⁰ In: <http://www.bioetica.ufrgs.br/comissoesdeeticahospitalar/htm>

¹¹ Embora, do Comitê estudado, façam parte dois advogados: o de dentro da instituição, como ouvinte, e uma jurista, especialista em bioética, de fora do corpo do HCPA.

Os comitês de bioética têm por objetivo auxiliar na reflexão de dilemas morais que surgem na atenção individual de pacientes, prestar consultorias, ensinar, pesquisar, e sugerir normas institucionais em assuntos que envolvam questões éticas. Não tendo, portanto, função deliberativa, somente consultiva.

Tendo em vista os avanços da ciência e da tecnologia, bem como o desenvolvimento das novas tecnologias reprodutivas conceptivas, com técnicas cada vez mais sofisticadas, esses comitês possuem um importante papel na discussão e aconselhamento, tanto das equipes médicas, como dos próprios pacientes e seus familiares, no momento em que surjam problemas éticos e dilemas morais no que diz respeito aos procedimentos e à conduta médica ou dos pacientes.

De acordo com Goldim (2008)¹², dependendo da questão que envolve as novas tecnologias reprodutivas, qualquer uma das comissões ou comitês pode estar envolvida. O mais habitual, no entanto, é o Comitê de Bioética clínica ser acionado para auxiliar algum dilema surgido na assistência. Porém, no Brasil, são poucos os comitês de bioética clínica existentes. Como não se tem qualquer normativa neste sentido, não se sabe exatamente o número e o funcionamento dos mesmos.

Os estudos sobre novas tecnologias reprodutivas conceptivas e contraceptivas estão ganhando bastante força, atualmente, em várias áreas e também nas Ciências Sociais, como, exemplificando, o de Ramírez (2003a) que procura mapear a configuração e consolidação da RA no Brasil, indicando os agentes de socialização e os mecanismos de produção de sentido dos novos modos de geração da vida. A autora compôs seu campo com os seguintes atores e canais: a mídia escrita e eletrônica; congressos de especialistas em RA; páginas eletrônicas, folhetos publicitários de clínicas; livros de divulgação; pareceres dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e ainda entrevistas com profissionais que oferecem serviços públicos e privados de RA no país. Outro trabalho é o de Tamanini (2003), que entrevistou casais e médicos do Rio Grande do Sul e Santa Catarina procurando analisar a relação entre aqueles e o agir médico à luz da bioética e das teorias de gênero. Rotania (2001) faz uma reconstituição histórica da reprodução humana e do desenvolvimento das tecnologias reprodutivas e genéticas, trazendo

¹² Essas informações foram transmitidas via mensagem eletrônica.

uma importante contribuição para o debate ético e feminista, utilizando o referencial teórico de Hans Jonas. Ainda, Costa (2001) entrevistou homens que procuravam tratamento para esterilidade e/ou informações e métodos de planejamento familiar num ambulatório de reprodução humana para analisar as concepções masculinas com relação à paternidade e o que estas poderiam revelar sobre a masculinidade e, de uma maneira mais ampla, sobre as formas como se constituem as relações de gênero.

Todavia, ainda são poucos os trabalhos na área da Sociologia que tratam do debate ético e bioético em torno dessas tecnologias, ou seja, o debate existente dentro dos comitês especializados que discutem os dilemas morais que possam surgir na aplicação dessas tecnologias, considerando os procedimentos e a conduta médica. Entendendo a importância destas esferas, que devem constituir-se como fóruns de discussão e até, de certa forma, de monitoramento da conduta médica, de um modo geral e, especialmente, no que se refere às NTRc, que é o que nos interessa de modo particular, o objeto de nosso estudo consistiu em investigar como se dá o processo de discussão de casos envolvendo as novas tecnologias reprodutivas conceptivas no Comitê de Bioética clínica do Hospital de Clínicas, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), visando a investigar questões éticas e de gênero presentes.

Inicialmente, tínhamos o objetivo de realizar a coleta de dados nas duas instituições porto-alegrenses que possuem um comitê de bioética estabelecido: o Hospital São Lucas, que pertence à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pertencente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). No entanto, ao tomarmos conhecimento de que, no Hospital São Lucas, não são realizados procedimentos de Reprodução Assistida, decidimos realizar a pesquisa somente no Comitê de Bioética do Hospital de Clínicas. Na clínica, chamada Fertilitat, sediada dentro do terreno da Pontifícia Universidade Católica, são realizados procedimentos de RA, mas o Comitê de Bioética não tem ingerência sobre os procedimentos lá realizados. Já no HCPA, casos referentes às NTRc são levados para consultoria do Comitê.

No ano de 1991, foi criado o Setor de Reprodução Assistida do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por iniciativa do médico ginecologista Eduardo Pandolfi

Passos. Inicialmente, eram realizados somente procedimentos de inseminação artificial e, a partir de 1996, a técnica de fertilização in vitro também passou a ser oferecida. Este setor faz parte do serviço de ginecologia e obstetrícia do hospital, proporcionando à população atendimento de ponta, consistindo em um centro de ensino e pesquisa avançados. O Sistema Único de Saúde (SUS) não custeia os procedimentos de reprodução assistida, mas o hospital, desde então, atende aos usuários do SUS, sem cobrar pelo tratamento. No entanto, os medicamentos utilizados nos procedimentos devem ser arcados pelos usuários. Neste sentido, o HCPA constitui-se como o primeiro hospital público do sul do país a propiciar essas técnicas à população, e um dos únicos até hoje.

E, em novembro de 1993, teve início o Programa de Atenção aos Problemas de Bioética do HCPA, tendo por finalidade implantar ações na área de bioética clínica da instituição. O programa surgiu com o objetivo de desenvolver atividades de apoio aos profissionais da instituição, pacientes e familiares que tenham dilemas morais resultantes de ações assistenciais. Além da atuação como Comitê de Bioética, o programa é responsável pelo desenvolvimento de atividades educativas (www.bioetica.ufrgs.br).

Isto posto, o presente estudo analisa o processo de discussão de casos envolvendo as novas tecnologias reprodutivas conceptivas no Comitê de Bioética clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, buscando responder às seguintes questões:

Casos referentes à aplicação dessas tecnologias são/foram levados para discussão no Comitê?

Se sim, como são/foram tratados?

Se não, por que motivos? Por que não são trazidos mais casos? (Essa questão não foi formulada para os entrevistados, mas a utilizamos como uma espécie de pergunta oculta para podermos responder de acordo com as respostas).

Qual é o papel de um comitê de bioética clínica nos casos discutidos sobre NTRc?

Como a categoria gênero está presente nas discussões sobre as NTRc no Comitê?

Como as questões éticas suscitadas pelo desenvolvimento e aplicação das NTRc são abordadas pelos membros do Comitê de Bioética estudado, principalmente no que se refere à conduta médica na aplicação dessas tecnologias?

Como hipóteses do estudo, entendíamos que:

* o debate em torno das novas tecnologias reprodutivas conceptivas no Comitê de Bioética clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS era frequente;

* o papel de um comitê de bioética clínica na discussão sobre a aplicação das NTRc é muito importante como um fórum de discussão e até, de certa forma, de monitoramento da conduta médica, ou, conforme Oliveira (1998), de controle social e ético da prática médica de um modo geral e, especialmente, no que se refere às NTRc, considerando questões de gênero implicadas;

* a categoria gênero pode ficar, muitas vezes, oculta ou, ao menos, sem receber importância na discussão sobre a aplicação das NTRc no Comitê, comprovando assim, uma visão tradicional e conservadora do Comitê.

Esta última parte da hipótese da pesquisa, que diz respeito à visão tradicional e conservadora do Comitê de Bioética do HCPA, foi sendo formulada no decorrer da pesquisa, após a refutação da nossa hipótese inicial de que muitos casos envolvendo NTRc eram levados à apreciação do Comitê.

A pesquisa teve como objetivo geral analisar o processo de discussão de casos envolvendo as novas tecnologias reprodutivas conceptivas no Comitê de Bioética clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, buscando investigar se casos referentes às NTRc são levados para discussão e como são tratados, para assim, investigar questões éticas e de gênero presentes.

Já como objetivos específicos buscamos identificar os atores envolvidos; verificar a composição, por sexo, do Comitê; mapear as posições dos diferentes atores com relação às NTRc; investigar os posicionamentos de homens e mulheres

no que diz respeito às questões éticas e de gênero implicadas na aplicação das tecnologias reprodutivas.

Como suporte teórico da pesquisa, adotamos o conceito de *gênero* de Joan Scott (1995), que é compreendido como uma maneira de se referir às “construções culturais”, à criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres, ou sobre suas identidades subjetivas. Segundo essa definição, “Gênero é uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado” (SCOTT, 1995, p. 75).

O uso da noção de gênero implica considerar, além das relações entre os sexos, as relações de poder e de hierarquia. Como as diferenças entre os sexos estruturam as demais desigualdades sociais e como afetam outros domínios da vida que, aparentemente, não estariam ligados a elas? (BANDEIRA, 1999). É neste sentido que Scott define a categoria *gênero* como composta por duas partes: como “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos”, e também como “uma forma primária de dar significação às relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 86).

Gênero consiste em um ferramental teórico e analítico de fundamental importância para a compreensão das relações entre os sexos e também dos processos que, de certa forma, podem vir a modificar, após o advento das NTRc, as noções de maternidade e de paternidade que até então prevaleciam em nossa sociedade. Para ancorar a discussão a respeito da maternidade no contexto das novas tecnologias reprodutivas conceptivas sob a ótica de gênero, trazemos a contribuição de Scavone (2001).

A autora aborda a contribuição do feminismo para a reflexão sobre a experiência da maternidade, tratando dos diferentes momentos de diálogo do movimento feminista com as ciências humanas e sociais no que concerne à maternidade, até chegar ao momento atual de advento das novas tecnologias reprodutivas conceptivas.

Segundo Scavone (2001), foi com a introdução do conceito de gênero nas ciências sociais, empreendida pelas feministas contemporâneas, mais especificamente por Joan Scott (1995), para insistir sobre a inadequação das teorias

existentes na explicação das desigualdades entre os homens e as mulheres, que se alcançou uma compreensão relacional da maternidade, respondendo pela construção social das diferenças entre os sexos. De acordo com essa visão, não podemos compreender a maternidade sem abordar a paternidade, a mãe sem o pai, no sentido biológico e social do termo.

Esta abordagem, segundo a autora, contribuiu para a compreensão da maternidade num contexto cada vez mais complexo das sociedades contemporâneas, como o do desenvolvimento das NTRc e seu uso sempre mais frequente e comum entre nós.

As NTRc possuem grande impacto sobre o campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. E, embora tenhamos a compreensão de que é problemática a reivindicação dessas tecnologias como um direito, de acordo com Scavone (2004), devido à precariedade da assistência à saúde no Brasil, principalmente, à saúde reprodutiva das mulheres, e também considerando a autonomia destas diante do poder médico, com a emergência da noção desses direitos, entendemos ser necessária uma discussão mais aprofundada sob a ótica da autonomia e da liberdade reprodutiva e sexual.

Neste sentido, os *direitos reprodutivos* são entendidos, de acordo com Azevedo e Stolcke (1991), como os direitos das mulheres de regular sua própria sexualidade e sua capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os homens assumam responsabilidade pelas consequências do exercício de sua própria sexualidade. Ou, conforme Ribeiro (1993), são os direitos que as mulheres têm – ou deveriam ter – de viver a sexualidade a partir de seus desejos, desvinculando-a ou não da maternidade, incluindo-se a essa conceituação, a responsabilidade dos homens nas consequências da vida sexual, tradicionalmente delegada só às mulheres. É reclamada a ação do Estado, que deve obrigar-se, por meio de políticas públicas, a garantir às mulheres instrumentos capazes de ampará-las para que suas escolhas possam ser conscientes, dentro de um contexto que lhes facilite a tomada de decisões.

E os *direitos sexuais*, de acordo com Tambiah (2003), incluem o direito da pessoa a ter controle e a decidir livremente sobre os assuntos relacionados à sua

sexualidade, sem sofrer coação, discriminação nem violência; o direito à informação para poder tomar decisões responsáveis sobre a sexualidade; o direito à dignidade, à integridade física, mental e moral e à privacidade para realizar uma escolha sexual; e o direito ao mais alto nível de saúde sexual.

Além dos conceitos de gênero, direitos sexuais e direitos reprodutivos, analisamos o processo de discussão de casos envolvendo as novas tecnologias reprodutivas conceptivas no Comitê de Bioética clínica a partir do conceito de ética do discurso em Jürgen Habermas (1989) e da perspectiva da bioética feminista desenvolvida, principalmente, pelas autoras Débora Diniz e Dirce Guilhem (2008a; 2008b).

No contexto do desenvolvimento das NTRc, sua aplicação passou a ser acompanhada de um crescente questionamento ético sobre a responsabilidade e os procedimentos adotados pelos médicos.

O objetivo da utilização do conceito de ética do discurso em Habermas (1989) visa a ressaltar a relevância da necessidade de um debate ético a respeito dessas tecnologias, que não pode prescindir da elucidação dos diferentes fatores envolvidos nessa problemática.

Para Habermas, de acordo com a *ética do discurso*, uma norma só deve pretender validade quando todos os que possam ser concernidos por ela cheguem (ou possam chegar), como *participantes de um discurso prático*, a um acordo quanto à validade dessa norma. Esse *princípio ético-discursivo* (D) já pressupõe que a escolha de normas *pode* ser fundamentada (HABERMAS, 1989). Ou seja, a ética do discurso refuta o ceticismo ético, explicando como os juízos morais podem ser fundamentados racionalmente.

Assim, para o autor,

[...] Uma ética do Discurso sustenta-se ou cai por terra, com as duas suposições seguintes: (a) que as pretensões de validade normativas tenham um sentido cognitivo e possam ser tratadas como pretensões de verdade; (b) que a fundamentação de normas e mandamentos exija a efetuação de um Discurso real e não seja possível monologicamente, sob a forma de uma argumentação hipotética desenvolvida em pensamento (HABERMAS, 1989, p. 88 e 89).

De acordo com o princípio da universalização (U), uma norma só vale como justificada quando é “igualmente boa” para cada um dos concernidos. É a semelhante processo que Habermas dá o nome de “discurso prático”. “É o respeito moralmente obrigatório pela autonomia da vontade de todos os concernidos que torna necessária a exigência de um acordo” (HABERMAS, 1989, p. 93).

O debate sobre as novas tecnologias reprodutivas conceptivas envolve questões morais e éticas de suma importância também para a sociologia. A mercantilização do corpo e da reprodução, o eugenismo, a instrumentalização do ser humano, a manipulação do corpo feminino e o controle médico da reprodução são questões que necessitam ser melhor esclarecidas e discutidas. Também o papel da mulher na reprodução e a naturalização da maternidade no contexto das NTRc.

Assim, o referencial da bioética feminista foi por nós adotado a fim de que possamos compreender melhor as questões relacionadas à ética e à autonomia das mulheres no contexto de desenvolvimento e aplicação das NTRc, considerando que essa problemática está inserida no contexto mais amplo do surgimento da bioética.

A bioética feminista compreende a análise de todas as questões bioéticas sob a perspectiva feminista. E, indo mais além, de acordo com Diniz e Guilhem (2008b), a bioética crítica, não só a de inspiração feminista, é a análise de todas as questões bioéticas, seja a eutanásia, o aborto ou a alocação de recursos em saúde, sob o compromisso compensatório dos interesses dos grupos e pessoas socialmente vulneráveis.

Estes foram os referenciais teóricos por nós utilizados para fins de análise dos dados empíricos. Com relação à metodologia utilizada para obtenção dos mesmos, esta consistiu em pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas (CORTES, 1998) com os membros do Comitê.

Assim, examinamos publicações eletrônicas da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), da Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (REDLARA), da Sociedade

Brasileira de Bioética, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul¹³ e do Ministério da Saúde.

Para fins de análise das entrevistas e dos documentos, utilizamos a técnica de análise de conteúdo com apoio do Software N*Vivo (para as entrevistas).

Considerando os objetivos da investigação, todos os membros do Comitê foram contatados. Num total de 18 membros, 15 foram entrevistados. A coleta de dados foi iniciada tão logo obtivemos a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Entrevistamos ainda o médico e coordenador do Setor de Reprodução Assistida do HCPA, a fim de obtermos mais informações, já que aquele é o responsável por levar os casos envolvendo reprodução assistida para discussão no Comitê de Bioética. O médico respondeu às questões do roteiro por mensagem eletrônica.

Fizemos várias tentativas via mensagem eletrônica, telefonemas e idas ao Hospital de Clínicas para obter dados sobre a relação dos casos discutidos no Comitê, porém não alcançamos resultado positivo. As afirmações eram de que seria feita a relação e entregue, no entanto, não isso não foi feito. A pesquisa foi iniciada após o atendimento a requisitos burocráticos.

As entrevistas foram gravadas e transcritas por nós. A maioria das entrevistas foi realizada no próprio hospital, a partir de acerto prévio com os entrevistados.¹⁴

Inicialmente, pensamos em assistir às reuniões do Comitê. Chegamos a participar de uma em novembro de 2007. No entanto, no decorrer das entrevistas, chegamos à conclusão de que não seria necessário assistir às reuniões se não fossem discutidos casos referentes às NTRc. No decorrer da pesquisa de campo, nenhum caso envolvendo as NTRc foi levado à discussão.

Nos capítulos que comportam os dados empíricos, optamos por utilizar o símbolo @ (arroba) ao nos referirmos às entrevistadas e aos entrevistados para não

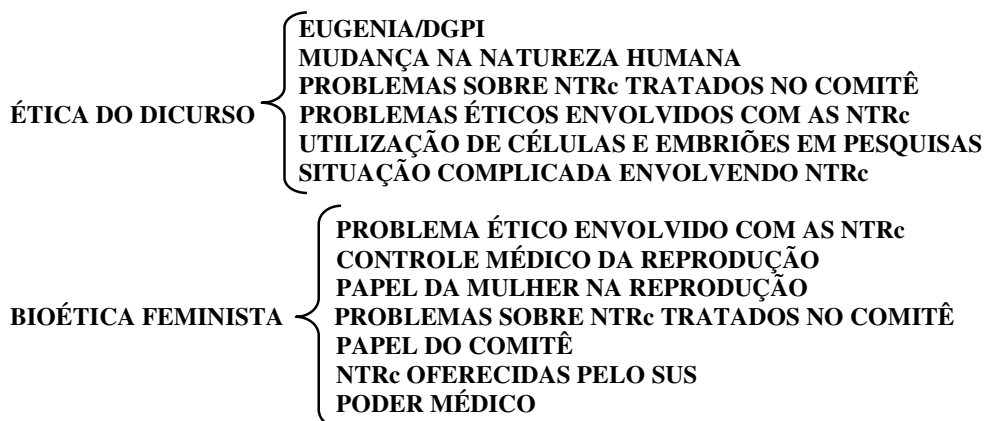
¹³ A página consultada é o Portal da Bioética, criada em 1997. Ela é bastante utilizada pelos professores do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em suas aulas sobre bioética: www.bioetica.ufrgs.br.

¹⁴ Somente duas entrevistas não foram realizadas no HCPA. Por acerto com os entrevistados, uma foi em seu local de trabalho, e a outra, na casa do entrevistado.

ter de nos referirmos sempre aos dois sexos, ou somente como entrevistados e, considerando que a pesquisa adota a perspectiva de gênero. Este símbolo é de uso corrente no movimento feminista atual.

Quanto ao roteiro da entrevista, os entrevistados foram solicitados a falar a respeito do funcionamento do Comitê e do tempo que participam deste e, com relação às NTRc, questões como: o controle médico do corpo da mulher e da reprodução, e o papel da mulher na reprodução, no contexto de desenvolvimento das NTRc; eugenia; clonagem; oferta de procedimentos de reprodução assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS); adoção; relações entre homens e mulheres, noções de paternidade e maternidade e mudança de valores no contexto das NTRc; questões éticas e morais implicadas na aplicação dessas tecnologias; modelos de natureza humana.

A partir do programa de análise de dados qualitativos N*Vivo, delimitamos cinco grandes nós, que constituem as categorias analíticas da pesquisa: **bioética feminista, direitos reprodutivos, direitos sexuais, ética do discurso e gênero**. Todos estes foram formulados como grandes nós. E as perguntas que consideramos chave do roteiro de entrevista foram delimitadas como subnós, como pertencentes aos grandes nós. Ou seja, as questões formuladas na pesquisa, como a discussão de casos referentes à aplicação dessas tecnologias no Comitê, o papel de um comitê de bioética clínica nos casos discutidos sobre NTRc, bem como as perguntas que tratam das questões de gênero e dos problemas éticos suscitados pelo seu desenvolvimento e implicados na aplicação das NTRc, são analisados à luz dos referências teóricos acima citados. A estrutura da análise dos dados fica mais compreensível pelo fluxograma abaixo:



GÊNERO {
CONTROLE MÉDICO DA REPRODUÇÃO
MUDANÇA NAS RELAÇÕES ENTRE OS SEXOS
PAPEL DA MULHER NA REPRODUÇÃO
NOVOS VALORES
RUPTURAS NOS CONCEITOS DE PAI E MÃE
PODER MÉDICO

DIREITOS SEXUAIS {
CONTROLE MÉDICO DA REPRODUÇÃO
PAPEL DA MULHER NA REPRODUÇÃO

DIREITOS REPRODUTIVOS {
CONTROLE MÉDICO DA REPRODUÇÃO
PAPEL DA MULHER NA REPRODUÇÃO
ADOÇÃO

Este trabalho é uma pesquisa sociológica. Obrigatoriamente, portanto, trata de um coletivo de pessoas em uma determinada situação social, a respeito da qual elas foram convidadas a dar informações, por meio de entrevistas, não se caracterizando como pesquisa em seres humanos. Sendo assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado em forma de convite aos membros do Comitê a concederem uma entrevista. Este documento encontra-se em anexo.

Esta tese está estruturada da seguinte forma:

No capítulo I, tratamos das questões relacionadas ao desenvolvimento da ciência, da tecnologia e o capital. E, dentro desse contexto, o surgimento das novas tecnologias reprodutivas conceptivas e sua entrada no Brasil.

No capítulo II, abordamos o desenvolvimento da ginecologia e questões como o poder médico e os problemas de saúde implicados na aplicação dessas tecnologias.

No capítulo III, apresentamos algumas concepções feministas sobre as novas tecnologias reprodutivas conceptivas.

No capítulo IV, tratamos do surgimento da bioética e o que ela significa a fim de podermos esclarecer a importância dos comitês de bioética.

No capítulo V, apresentamos os referenciais teóricos que ancoraram nossa análise empírica: ética do discurso, gênero, direitos sexuais e direitos reprodutivos e a perspectiva da bioética feminista.

No capítulo VI, abordamos o surgimento dos comitês de bioética no mundo e também a criação do Programa de Atenção aos Problemas de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que é mais comumente chamado de Comitê de Bioética clínica, e seu funcionamento.

No capítulo VII, apresentamos os resultados da pesquisa empírica no Comitê de Bioética clínica do HCPA. Assim, o processo de discussão dos casos envolvendo NTRc no Comitê, bem como seu papel nesse debate, são analisados considerando a ética do discurso em Habermas (1989) e a perspectiva da bioética de inspiração feminista (DINIZ; GUILHEM, 2008a; 2008b). Também, discutimos os pontos de vista dos entrevistados com relação às questões de gênero e éticas presentes no contexto de desenvolvimento e aplicação das NTRc. Essas questões são analisadas à luz dos referenciais teóricos de gênero, direitos sexuais e direitos reprodutivos, da perspectiva crítica da bioética feminista e da ética do discurso.

CAPÍTULO I

O DESENVOLVIMENTO DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA E O CAPITAL

Os avanços e inovações no campo da biotecnologia e, principalmente, na área da reprodução humana, que é o que nos interessa em particular, são fruto de um longo processo de transformações nas sociedades. Desde o início da industrialização, com o advento do capitalismo, a ciência e a tecnologia desenvolveram-se de modo muito profundo e, sobretudo atualmente, bastante acelerado. Por isso, são necessárias algumas considerações a respeito.

Ao final do século XVIII, na Europa ocidental, mais precisamente na Inglaterra, inicia-se um processo que será chamado de Revolução Industrial, com a introdução da máquina a vapor e o surgimento das fábricas. A partir daí, instala-se definitivamente o modo de produção capitalista em substituição ao feudal, baseado no plantio da terra e na mão-de-obra escrava, surgindo, naquele momento, o trabalho assalariado.

Contudo, havia outras mudanças que estavam ocorrendo na Europa desde os séculos XVI e XVII, que são as modificações nas formas de pensamento, quando uma visão sobrenatural em relação aos acontecimentos da natureza estava paulatinamente sendo substituída pelo uso da razão e de explicações científicas dos fenômenos naturais (MARTINS, 1994).

De acordo com Baumgarten (1996), a ciência, como toda a produção humana, deve ser pensada no contexto das relações sociais e dentro de seu desenvolvimento histórico. Assim, segundo Jupiassu (*apud* BAUMGARTEN, 1996):

... a ciência moderna não surgiu pronta da cabeça de seus sábios. Ela é um produto da cultura. Seu lugar de nascimento e sua morada não se encontram instalados em um vago mundo das chamadas “verdades científicas”. Pelo contrário, enraízam-se na própria sociedade, num solo irrigado por múltiplas e variadas **determinações**. Nele, os cientistas são reconhecidos como **produtores** de ideias, de teorias e de máquinas. Mas sua produção científica submete-se às mesmas determinações e aos mesmos condicionamentos das demais produções intelectuais ou materiais (p. 79, grifo do autor).

A ciência é, portanto, segundo Baumgarten (1996), formada com objetivos não apenas de ordem cognitiva, mas também de ordem prático-social. A ciência, como um saber, isto é, determinada forma de apreensão da natureza pelos seres humanos, das relações entre os seres humanos e destes com a natureza, é parte integrante dessas relações e sua análise demanda o conhecimento das circunstâncias do desenvolvimento de sua forma moderna.

Se o saber medieval encontrava-se profundamente imbricado com o cristianismo, como força modeladora da Idade Média, fornecendo certa visão de mundo que englobava conhecimentos sobre o universo, sobre os seres vivos, sobre o homem (conhecimentos morais), o novo saber, que se estrutura a partir do colapso da sociedade feudal, está profundamente articulado às necessidades e problemas que se apresentam no processo de estruturação de uma nova sociedade (BAUMGARTEN, 1996).

As mudanças que marcaram o declínio do feudalismo, tais como o desenvolvimento do comércio, a urbanização e o progressivo abandono da lei divina em substituição à razão, tornaram não só possível como necessário o desenvolvimento de um novo saber: a ciência e a técnica modernas. A razão se liberta das amarras da lei divina e do pensamento mágico, e é impulsionada pelas necessidades impostas pelos novos modos de construir a vida, com isso, estão criadas as condições para o surgimento de novos métodos e novos saberes (BAUMGARTEN, 1996).

Conforme Mendelsohn (*apud* BAUMGARTEN, 1996), junto com o quadro social em transformação, nasceu uma nova epistemologia, um novo modo de se obter e usar o conhecimento que resultou da ligação entre o empirismo dos artesãos e inventores com as novas formas de racionalidade desenvolvidas por filósofos como Francis Bacon e René Descartes. Essa ligação do racional com o empírico possibilitou o surgimento de uma nova perspectiva sobre como e quanto os homens poderiam entender da natureza e o que seriam capazes de fazer no sentido de transformá-la e utilizar suas forças.

O empreendimento científico obedeceu, desde seu próprio interior, a um desejo de poder, vontade de dominação, controle. 'Saber é poder', assumiam Bacon e Descartes. Daí por diante, teoria e aplicação, ciência e técnica passaram a se entrelaçar definitivamente

(BAUMGARTEN, 2006b, p. 289, grifo da autora).

A mentalidade baconiana, segundo a qual o progresso do saber deve contribuir para o progresso social e para um mundo melhor, agregada à perspectiva de que é necessário ter-se uma ciência que possa prever e agir eficazmente, resumia a vontade da burguesia ascendente, que, ciente de seus projetos puramente econômicos, suscitava uma nova forma de apropriação do mundo com base em uma nova ciência, alicerçada na racionalidade crescente (BAUMGARTEN, 2006b).

Enquanto a ciência constitui-se em enunciados (leis, teorias), permitindo conhecer-se a realidade e modificá-la, a técnica promove a transformação do real, consistindo em operações visando satisfazer determinadas necessidades; a ciência e a técnica pressupõem, portanto, um plano, uma concepção, um desígnio a ser realizado. É característica do ser humano a capacidade de inventar técnicas, aperfeiçoá-las e transmiti-las. Ao contrário do que supõe o senso comum, nem toda técnica deriva da ciência, mas pode fornecer a esta novos objetos de pesquisa e ampliar meios para a própria investigação. As técnicas, em diferentes graus, dependem umas das outras. Há, entre elas, certa consistência, e seu conjunto articulado compõe sistemas (BAUMGARTEN, 2006b, p. 289).

Para essa autora, as transformações econômicas e sociais que culminaram no sistema capitalista são inseparáveis de uma mudança radical de mentalidade. No período de transição da ordem feudal para a ordem capitalista, o Iluminismo, como movimento cultural de intenso debate teórico, foi um dos principais agentes da mudança. Os filósofos e cientistas da época (séc. XVIII) percebiam-se como os portadores de um saber em luta constante contra o despotismo e as superstições. A ordem e a racionalidade eram as preocupações maiores dos pensadores desse tempo, quando a quantificação e a racionalidade eram fundamentais à redefinição dos valores. O real, nesse contexto, era identificado com o racional.

Um fator decorrente da nova visão de mundo e integrante das novas práticas, que influiu, decisivamente, na formação e desenvolvimento das ciências, foi a crença no valor do empreendimento científico para a ação prática e a transformação da sociedade (BAUMGARTEN, 2006b, p. 290).

As necessidades econômicas explicam a revolução industrial, baseada nas inovações tecnocientíficas. Porém, nesse sentido, é preciso considerar, por um lado, que essas necessidades só alcançaram existência concreta e desencadearam respostas tecnocientíficas em virtude da mediação de certas atitudes práticas, que

impulsionaram o desenvolvimento do capitalismo. Por outro, uma das características modeladoras da revolução científica foi o entendimento de que o cientista poderia conhecer e controlar a natureza, sem ser, no entanto, responsável por esse conhecimento ou controle. A adoção de uma “neutralidade de valor epistemológico” (MENDELSON *apud* BAUMGARTEN, 2006b) deixava os elementos normativos da ciência sob o controle das forças sociais e políticas dominantes na sociedade da época: o clero e a aristocracia. A burguesia, como classe emergente passava a dispor de uma nova força produtiva: a ciência e a técnica. Entretanto, inerente à natureza mesma do conhecimento e da técnica, há uma estrutura de valores orientada conforme a classe, a cultura e o sexo, valores estes oriundos da própria experiência humana que os criou (BAUMGARTEN, 2006b).

A busca pelo conhecimento tem sido uma constante na história da humanidade. Subjacente à vontade de conhecer, está o desejo de dominação do objeto, ou seja, conhecer para controlar. Essa busca é inerente ao ser humano como ser racional. A procura por conhecimento integra a própria estratégia de sobrevivência da espécie humana. Todavia, esse conhecer será sempre condicionado pela situação concreta de cada sociedade, pela sua prática de vida, sua cultura, suas técnicas e seus modos de pensamento (BAUMGARTEN, 2006b).

A ciência moderna, conforme a autora, como um tipo específico de conhecimento – a apropriação do objeto pelo pensamento com a utilização de um método –, desenvolveu-se em resposta a um problema, imposto em virtude de necessidades ou interesses humanos. No entanto, a apreensão e o desvelamento do real de nada servem enquanto não se criam, a partir desse conhecimento, meios de intervenção na realidade. A tecnologia é esse instrumento, é o conhecimento científico transformado em técnica, que, por sua vez, irá ampliar a possibilidade de produção de novos conhecimentos científicos. Na tecnologia, está a possibilidade da efetiva transformação do real.

A partir da Revolução Industrial, ciência e tecnologia passaram a formar um binômio que mantém profunda relação com o desenvolvimento do capitalismo. O conhecimento dos fenômenos e recursos naturais possibilita o aprimoramento de técnicas para sua utilização no processo de produção de mercadorias. Por sua vez, o desenvolvimento do capitalismo influencia, em grande medida, o progresso tecnológico e as formas e níveis de apropriação da natureza. [...] Da metade do século XIX em diante, a ciência impôs

sua hegemonia sobre outras formas de explicação do mundo no pensamento ocidental, sendo socialmente reconhecida pelas virtualidades instrumentais de sua racionalidade e pelo desenvolvimento tecnológico que tornou possível [...] (BAUMGARTEN, 2006b, p. 290-291).

De modo geral, é possível afirmar que o desenvolvimento e a aplicação de tecnologia nas diferentes sociedades e momentos históricos têm trazido consequências nos mais diversos âmbitos, tais como: a organização do trabalho e da empresa, a estrutura profissional e o emprego (tecnologia de processos produtivos); a privacidade individual, os direitos do cidadão e as instituições políticas (tecnologia informática); os costumes, as culturas e a família (tecnologia de comunicação de massa); e o ambiente natural e a saúde (tecnologias biológicas, químicas, médicas), etc. Outrossim, para a autora, é importante ter presente o caráter social da tecnologia e sua característica de processo socialmente condicionado e, por sua vez, condicionante. Os modos e tipos de desenvolvimento capitalista em cada sociedade concreta, as necessidades sociais e econômicas expressas como interesses e a correlação de forças existente influenciam o próprio nível de desenvolvimento tecnológico e suas formas, assim como seu impacto sobre a sociedade em questão (BAUMGARTEN, 2006b).

Ciência e tecnologia que, em estreita vinculação, já desempenhavam papel estratégico como força produtiva, no século XX, dão lugar à tecnociência que consiste em um sistema de ações eficientes, baseadas no conhecimento científico. Essas ações se orientam tanto para a natureza quanto para a sociedade, visando a transformar o mundo, para além de descrever, prever, explicar e compreender. A tecnociência implica a empresarialização da atividade científica e, como um fator relevante de inovação e de desenvolvimento econômico, passa a ser também um tipo de poder presente na sociedade (BAUMGARTEN, 2008).

Na sociedade mundializada, o debate sobre a noção de desenvolvimento sustentado, e suas possibilidades científicas e políticas, é condição indispensável para a construção de uma crítica à perspectiva de desenvolvimento científico e tecnológico, orientado pela racionalidade instrumental e pela lógica do mercado, bases da chamada globalização que se caracteriza pela exclusão econômica e social (BAUMGARTEN, 2008).

Rotania (2001) aborda o tema da tecnociência, entendendo esta como um termo utilizado para designar uma unidade, certa imbricação ou interação estreita entre a ciência, a tecnologia e o industrialismo na contemporaneidade.

De certo modo, é também o que afirma Baumgarten (2006a, p. 283), ao dizer que “tecnociência é a articulação da ciência com a tecnologia, constituindo um sistema de ações eficientes que, aplicado à atividade econômica, permite agenciarse o conhecimento científico com vistas à transformação da natureza, impactando fortemente a sociedade”.

Desse modo, de acordo com a autora, tecnociência e capital, intimamente relacionados estão envolvidos: na definição de agendas de pesquisa a partir de interesses de criação de novos mercados; nas manipulações genéticas atuais que podem ocasionar consequências para a biodiversidade; na apropriação privada de organismos vivos que pode resultar no controle do mercado mundial de exportações agrícolas e na criação de mecanismos e instrumentos que levam à destruição em guerras instantâneas, à degeneração da vida e à desestruturação social.

No mundo contemporâneo, através da tecnociência, o capital penetra os corpos vivos em busca de novos espaços de exploração: transgênicos, técnicas de clonagem, produção de órgãos, máquinas inteligentes – pesquisas e criações que concretizam assustadoras possibilidades mostradas na literatura ficcional, despertando debates sobre as potencialidades perversas de uma ciência que perdeu a humanidade no (super) mercado (BAUMGARTEN, 2008, p. 4).

A tecnociência, estaria, desse modo, vinculada aos interesses do capital, e as novas tecnologias reprodutivas conceptivas (NTRc) representam, dentro desse contexto, o que as autoras têm chamado de tecnologização da vida humana, tecnificação da reprodução, fabricação da vida (RAMÍREZ, 2003a, 2003b), ou ainda, mercantilização da reprodução (RAMÍREZ, 2003a; SCAVONE, 2003). É uma problemática que tem suscitado profundos questionamentos éticos nos debates a respeito.

É preciso, desse modo, abordarmos o desenvolvimento dessas tecnologias no mundo e sua entrada no Brasil.

O DESENVOLVIMENTO DAS NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS CONCEPTIVAS

No campo da procriação humana, os descobrimentos e invenções tecnológicos têm assumido proporções extraordinárias, ocasionando transformações nos modos da reprodução biológica. Estas mudanças podem representar alterações significativas no futuro da humanidade, até mesmo em sua constituição como ser humano.

Todavia, as intervenções e experiências com o processo de reprodução de seres vivos e da reprodução humana não são de agora, datam já de alguns séculos. Os fatos que vêm ocorrendo no campo das ciências biológicas, médicas e afins são resultantes do desenvolvimento científico e tecnológico que sofreu mudanças significativas a partir da Revolução Científica do século XVII e, sobretudo, nos séculos XIX e XX (ROTANIA, 2001; REDESAUDE, 2003).

Na área da reprodução humana, as experiências com inseminação artificial possuem longa história. Em 1791, o médico inglês Hunter registrou ter realizado essa experiência entre marido e mulher, mas só em 1799 foi relatada a primeira gravidez resultante da técnica. Mais de um século e meio depois, em 1953, foi realizada nos Estados Unidos a primeira fecundação por inseminação artificial com espermatozoides congelados. A possibilidade de congelar material reprodutivo masculino permitiu a criação de bancos de sêmen (ROTANIA, 2001; REDESAUDE, 2003).

A fertilização *in vitro* (FIV) e a transferência de embriões em animais começaram a ser desenvolvidas nos anos 1950, dando origem à técnica básica dos bebês de proveta, a FIVETE (fertilização *in vitro* com transferência de embriões). Porém, as tentativas em humanos, pelo menos as que foram tornadas públicas, são do início da década de 1970. Em 1978, na Inglaterra, foi feita a primeira fecundação *in vitro*, com gestação bem sucedida e o nascimento de Louise Brown, o primeiro bebê de proveta do mundo (ROTANIA, 2001; REDESAUDE, 2003).

Em 1984, nasceu, na Austrália, o primeiro bebê a partir de um embrião descongelado, que havia sido criopreservado¹⁵ durante quatro meses. Em abril de

¹⁵ A criopreservação de embriões é uma técnica decorrente das necessidades do processo FIV. Vários óvulos são fertilizados e vários embriões são produzidos *in vitro*. O número de embriões transferidos no Brasil, permitidos segundo normatização nacional, são até quatro. Mais de quatro,

1986, nasceu, na Europa, o primeiro bebê a partir de um óvulo (des)congelado (REDESAUDE, 2003).

Em 2000, na França, foi anunciado o primeiro bebê selecionado geneticamente, a partir da aplicação do DGPI, com a finalidade de se evitar o desenvolvimento de uma doença hepática grave. Na Itália, efetuam-se quase 1.000 procedimentos de FIV por ano, dos quais 100 com emprego do DGPI. Ele é utilizado também no Brasil, embora não haja legislação federal específica e, portando, controle social sobre as técnicas que são efetivamente utilizadas (O QUE É BIOPOLÍTICA, 2006).

A contingência entre ciência, tecnologia e capital configura uma aliança a partir da qual a tecnologia de ponta é aplicada à produção da vida, à manipulação de componentes biológicos celulares e moleculares, condições estas que a diferenciam da biotecnologia tradicional (ROTANIA, 2001).

Para Ramírez (2003a), compreender os processos de mudança introduzidos por essas tecnologias implica contextualizá-los num panorama mais amplo de relação entre tecnologia e sociedade, ciência e capital, no momento histórico em que surgem e se consolidam. Como indica Rotania (*apud* RAMÍREZ, 2003a, p. 9), “Nunca um gesto cultural foi tão radical e onipotente a ponto de ter criado situações sem precedentes pelo desejo sem limites do exercício do saber e do poder no contexto das sociedades produtivo-consumistas modernas”.

Conforme a autora,

a *tríplice* aliança: ciência, tecnologia e capital, possibilita a massificação desses serviços, não só mediante a crescente oferta de técnicas de reprodução assistida e centros onde elas são disponibilizadas, como também pela colonização do imaginário das pessoas que incluíram a RA como parte do repertório de possibilidades de escolha reprodutiva (RAMÍREZ, 2003a, p. 113).

Assim, a medicina passou de uma função de cuidado primário da saúde, conforme preconizava a política da Organização Mundial da Saúde (OMS) nos anos 1960, para uma prática de pesquisa e intervenção mediante o uso de tecnologias

contudo, são produzidos *in vitro*. Os embriões excedentes são colocados em câmara de nitrogênio líquido a baixas temperaturas (196°C negativos) à espera de uma decisão relativa à nova tentativa de FIV: serem doados; utilizados em pesquisa ou serem descartados (REDESAUDE, 2003).

reparadoras, altamente especializadas, incorporando técnicas sofisticadas em diferentes níveis do processo de diagnóstico e tratamento das doenças (RAMÍREZ, 2003a).

Os medicamentos entram em concorrência com outros procedimentos médicos que também estão imersos nas leis gerais de mercado. No caso da RA, cada técnica envolve uma série de procedimentos diagnósticos e de intervenção, sendo que a sofisticação das tecnologias expande o número de componentes necessários, deslocando procedimentos mais simples e concorrentes que não se alinham ao ritmo do avanço tecnológico (RAMÍREZ, 2003a, p. 126).

Para essa autora, a confluência do capital, ciência e tecnologia, parece tomar conta dos domínios da vida social, submetendo-a às leis de mercado. E a vivência da gravidez, a experiência de ter um filho biológico, ou seja, geneticamente seu, converteu-se em mercadoria: um sonho a ser estimulado, que requer mediação médica e tecnológica para sua realização.

A ENTRADA DAS NTRC NO BRASIL

Os estudos sobre a configuração da reprodução assistida no Brasil relacionam uma série de fatores que contribuíram para o desenvolvimento e expansão das NTRc: a indústria farmacêutica, o surgimento do ultra-som, as pesquisas com agroalimentos, as pesquisas com genética humana, que criaram a possibilidade de problemas de infertilidade humana serem resolvidos cientificamente (TAMANINI, 2003). Esses fatores acabaram por consolidar a reprodução humana como um campo privilegiado de transferência e aplicação dos conhecimentos biotecnológicos (ROTANIA *apud* TAMANINI, 2003).

No Brasil, a reprodução assistida entra nas clínicas privadas no início dos anos 1980 a partir de contatos de médicos de São Paulo com médicos estrangeiros e de cursos de especialização ministrados por eles (CORREA, 1997).

Nesse período, havia em São Paulo dois grupos que trabalhavam com FIV. O grupo da Santa Casa, liderado pelo professor Nilson Donadio, e o Centro de Planejamento Familiar de São Paulo, clínica privada liderada pelo professor Nilton Nakamura (CORREA, 1997). Nos últimos anos, o número de clínicas tem crescido e

os médicos procuraram envolver-se com a RA, como um dos campos da ginecologia (TAMANINI, 2003).

Segundo Correa (1997), em outubro de 1982, antes do nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro, ocorreu um dos primeiros seminários promovidos por especialistas em reprodução humana que trabalhavam em clínicas privadas, com a presença de médicos estrangeiros, convidados para introduzir a técnica no país. A experiência foi realizada no Hospital Santa Catarina, em São Paulo, a cargo de médicos australianos, e foi financiada por empresas privadas, com patrocínio da principal cadeia de televisão brasileira, que buscava, naquela ocasião, “registrar” a primeira fertilização *in vitro* do país.

No entanto, as experiências em reprodução humana assistida não foram realizadas sem ônus para as mulheres. No Brasil, o início das tentativas de RA, tanto em termos da veracidade da ocorrência como da atribuição de autoria científica e dos impactos na saúde das mulheres, deu lugar a muitos problemas que foram objetos de pronunciamentos e pesquisas realizadas por feministas na década de 1980¹⁶ (REDESAUDE, 2003).

Conforme Ramírez (2003a), a avaliação da infertilidade de uma população não pode se reduzir à consideração dos aspectos fisiológicos. É necessário contemplar uma complexidade de fatores sociais e culturais, como a inserção das mulheres na vida profissional, estrutura etária, duração das relações ou nupcialidade, uso de métodos contraceptivos, tipo de vida (dieta, prática de exercícios, consumo de fumo e álcool), assim como os fatores ambientais. Essas condições, que variam segundo as diferentes populações, podem incidir na fertilidade.

Um elemento importante quando se analisa a aceitação e expansão da RA no Brasil, de acordo com Ramírez (2003a), é a queda da fecundidade das brasileiras. O percurso do controle da fecundidade no país oferece dados, particularmente

¹⁶ Nessa década, uma mulher brasileira morreu por causa das complicações dos tratamentos e manipulações em processos de RA. É ilustrativo o caso de Zenaide Maria Bernardo, paulista de Araraquara, que constitui o primeiro óbito público do mundo decorrente das NTRc. O fato ocorreu em 1982, no Hospital Santa Catarina, na cidade de São Paulo, durante um treinamento de Fertilização *in vitro* ministrado pela equipe da Universidade de Monash, da Austrália, à equipe brasileira, sob a responsabilidade do médico Milton Nakamura (REDESAUDE, 2003).

importantes, sobre a alta incidência de esterilização cirúrgica. Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) em 2006, o percentual de mulheres de 15 a 49 anos de idade que viviam em união que tinham sido esterilizadas era de 40% em 1996 e de 29% em 2006 (PNDS 1996 e 2006) (PESQUISA Nacional, 2010).

Para Ramírez (2003a), esses dados têm particular importância se pensarmos que a alta frequência desse método e as condições nas quais ele é praticado podem conduzir, em alguns casos, ao arrependimento, induzindo à procura de RA. Como por exemplo, entre mulheres muito jovens ou entre mulheres que encontram um novo parceiro e desejam engravidar novamente após terem sido esterilizadas.

Segundo Correa (1997), o acesso das mulheres às NTRc é diferenciado no Brasil. A precariedade da assistência à saúde da mulher no país estaria contribuindo para a formação de um ciclo de construção social da infertilidade: cesáreas / esterilização cirúrgica / aborto clandestino / infertilidade / reprodução assistida. Ela aponta que, no caso das mulheres pobres, muitas vezes a construção da infertilidade se deve mais a fatores sociais do que biológicos, já que uma proporção considerável de infertilidade é decorrente do tipo de atendimento à saúde das mulheres e do abuso de tecnologias reprodutivas – contracepção mal orientada, excesso de partos cesáreos e laqueadura. E, no caso das mulheres de estratos médios e altos, usuárias dos serviços privados de saúde, predominaria a ideia de autonomia e autodeterminação no exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos, com a escolha da maternidade após a realização profissional. Assim como nos países onde essas tecnologias são produzidas, haveria a intenção de corrigir a natureza, adequando-a às mudanças verificadas nas práticas reprodutivas das mulheres que adiam o projeto de maternidade.

Os contextos sociais nos quais essas tecnologias se desenvolvem são diferentes. Nos países desenvolvidos, o surgimento e a promoção de pesquisa em RA estão associados à diminuição da taxa de fecundidade, à criação de serviços de RA públicos, assim como a uma tradição de “importação” de crianças, entre outros fatores. No caso do Brasil, o acesso a esses serviços é, na sua maioria, restrito à prática privada, apesar das diferentes tentativas de “popularizar” o bebê de proveta e do esforço dos hospitais públicos para modernizar e ampliar o acesso ao uso dessas

técnicas, o que impõe certas distinções quanto ao tipo de população que acede a esses serviços (RAMÍREZ, 2003a).

Em países como a França, o Estado subsidia até três tentativas de FIV. No Brasil, esses programas não são considerados prioritários pelo Ministério da Saúde, que enfrenta outros problemas, como falta de informação e acesso a métodos contraceptivos entre alguns grupos sociais ou regiões do país, prática do aborto clandestino, crescimento da gravidez na adolescência, entre outros (RAMÍREZ, 2003a). Embora haja a Portaria do Ministério da Saúde que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, lançada em março de 2005, a maioria dos hospitais que atende pelo SUS não realiza atendimento de reprodução assistida e, aqueles que realizam, têm que arcar com os custos, pois o SUS não paga os procedimentos de reprodução assistida.

No Brasil, de acordo com Ramírez (2003a), em termos de diferenças sociais, de fato, elas operam no tipo de atendimento e acesso às tecnologias reprodutivas. As técnicas que vão se tornando *tradicionais* – coito programado, IA e FIV – são oferecidas mais frequentemente nos serviços públicos.¹⁷ As mais sofisticadas, que demandam tecnologias e equipes mais especializadas, acrescentando custo elevado, são oferecidas quase que exclusivamente em centros privados.

Com relação à absorção das NTRs pela medicina brasileira, é importante ressaltar a especificidade de sua lógica. Regra geral, as inovações tecnológicas na área biomédica têm nos grandes hospitais públicos e universitários a porta de entrada no país. A transferência do setor público para o privado depende, em larga medida, dos profissionais que trabalham nos dois setores e realizam a migração da tecnologia. Mas, ao contrário da prática biomédica tradicional, as novas tecnologias reprodutivas chegaram ao país quase que exclusivamente pela medicina privada, setor no qual, até hoje, encontram-se instaladas 99% das clínicas e hospitais que oferecem esse tipo de serviço (CORRÊA; DINIZ, 2008, p. 1).

Conforme Ramírez (2003a, p. 10), “o uso dessas tecnologias parece fazer parte de um processo globalizado de expansão do desenvolvimento tecnológico aplicado à produção da vida, que encontra no sonho reprodutivo um importante potencial de mercado”. Nesse processo, encontram-se os países que apostam no

¹⁷ Acrescenta-se que as técnicas são oferecidas, porém, os custos dos medicamentos são arcados pelas/os pacientes.

chamado desenvolvimento de tecnologia de ponta, do qual o Brasil não escapa, consagrando-se proporcionalmente como o país com maior número de ciclos de reprodução assistida da América Latina.

Por isso, quando se pensam as NTRc, é preciso considerar os contextos sociais em que elas são desenvolvidas e as consequências para a saúde das mulheres. De modo que essas técnicas não somente constituem uma questão de gênero, mas também de classe, ou seja, pensando no contexto do Brasil, principalmente, temos que ter em mente o acesso diferenciado a essas tecnologias, já que a maioria delas não é oferecida nos serviços públicos.

Os dados que permitem compor o estado atual da RA no Brasil não se mostram suficientes nem completos. A falta de notificação dos procedimentos de reprodução assistida no país, assim como a falta de controle e fiscalização das clínicas, a insuficiência de registros e a precariedade dos dados são alarmantes (REDESAUDE, 2003).

No Brasil, o fato de a reprodução assistida desenvolver-se majoritariamente em clínicas privadas e a falta de regulação na aplicação das NTRc possibilitaram o encobrimento de dados sobre efeitos colaterais de medicações, número de embriões produzidos, implantados, descartados, congelados, proporção de gestações múltiplas e condições dessas gestações, proporção e características de gestações múltiplas, tais como: prematuridade, hipotrofia e outros problemas para mulheres e bebês, que têm sido mais estudados e bem documentados em outros países, como França, Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Alemanha. Assim, aponta-se a invisibilidade em termos de registros dos eventos médico-sanitários (REDESAUDE, 2003).

Diante do exposto, entendemos a necessidade de pensarmos as questões éticas e de gênero envolvidas na aplicação das NTRc, considerando que os desenvolvimentos e avanços científicos e tecnológicos não podem, aliados aos interesses do capital, converter os seres humanos em meros instrumentos de experiências e manipulação científica. O desenvolvimento da ciência não pode sobrepor-se à ética e aos seres humanos. As novas tecnologias reprodutivas

conceptivas devem servir como instrumento para o exercício da autonomia das mulheres e não para o controle médico da reprodução humana.

Às pesquisadoras e aos pesquisadores, preocupados com as questões de gênero, cabe o compromisso da reflexão sobre as questões éticas e da crítica aos desenvolvimentos tecnológicos e ao poder médico na aplicação das tecnologias reprodutivas, principalmente, em países como o Brasil, onde as desigualdades econômica, cultural, de gênero, cor, etnia, ainda persistem.

CAPÍTULO II

O DESENVOLVIMENTO DA GINECOLOGIA, O PODER MÉDICO E AS QUESTÕES DE SAÚDE NAS NTRC

A medicina e a ciência, de um modo geral, tiveram e têm um importante papel na construção da diferenciação sexual, reforçando, aliás, estereótipos de gênero. A partir de teses sustentadas cientificamente e que, com isso, tiveram legitimidade social, historicamente, as mulheres foram consideradas inferiores em virtude de sua biologia, associada, muitas vezes, às suas especificidades na reprodução.

De acordo com Santos (2001), na mesma época em que eclodem os movimentos reivindicatórios por equiparação salarial, por redução da jornada de trabalho, pelo direito ao voto, surgem as teses científicas que pretendem demonstrar e comprovar a incapacidade da mulher tanto no trabalho quanto nos estudos.¹⁸ Dois dos grandes momentos históricos de lutas políticas das mulheres irão coincidir com estudos que tentam, especificamente, provar que a mulher é inferior ao homem, os estudos da craniometria, no final do século XIX e os estudos da sociobiologia, que ressurgem com muita força nos anos 1970.

No século XIX, são elaborados os fundamentos científicos da ideia de que a mulher é fisicamente inferior ao homem pela capacidade de engravidar. No século XX, nos anos 1970, renascem as pesquisas sobre as diferenças sexuais. Os sociobiologistas tentam provar que diferenças de comportamento social são características humanas universais até tornarem-se heranças genéticas (por exemplo, a agressividade e o “instinto de caça” masculino). Comparações com os animais irracionais foram feitas para justificar a violência contra a mulher, como apontado por Santos (2001).

Segundo essa autora, o determinismo biológico estabelecido por esses pensadores possibilitava embasamento científico à noção de que a mulher deveria

¹⁸ A tese da “incapacidade inata” correlaciona corpo biológico e inteligência humana e conclui que a menstruação é um forte indício da incapacidade feminina para o trabalho e o estudo. Também conhecida como “fragilidade inata” ou “limitação inata”, ou seja, acreditava-se, segundo essa tese, que as mulheres eram “naturalmente” incapazes ou limitadas [...] (SANTOS, 2001).

somente realizar trabalhos ligados às suas funções fisiológicas, sob risco de prejudicar sua saúde e, por conseguinte, o destino da espécie.

Se, por um lado, a ciência, ao longo do tempo, elaborou noções de que a mulher é inferior ao homem em virtude de sua biologia, por outro, as mulheres desenvolveram uma relação específica com a saúde e um saber por causa da maternidade e dos fatos a ela relacionados.

Conforme Scavone (2004), a relação das mulheres com a saúde remonta a tempos longínquos e está ancorada no uso social do corpo feminino. Em razão da sua biologia, as mulheres desenvolveram um saber empírico vinculado à saúde que se estende a todos os momentos da maternidade, desde as formas de evitar a concepção, a interrupção da gravidez, o pré-natal, o momento do parto, até os cuidados da saúde da criança. “Todos estes momentos passam necessariamente pelo corpo da mulher, por meio do qual ela desenvolve o referido saber” (p. 128).

Alguns estudos, segundo a autora, fornecem registros históricos de momentos da relação das mulheres com a saúde: as mulheres sábias da Antiguidade, as bruxas, as parteiras, as curandeiras. Estudos que, ao evidenciarem o reconhecimento do saber empírico feminino e sua importância para a medicina, apresentam as mulheres como as principais personagens nos primórdios da medicina obstétrica e ginecológica.

Durante toda a Antiguidade e Idade Média, os nascimentos eram assistidos por parteiras, cujos saberes eram transmitidos, na maioria das vezes, pela tradição oral. Certos conhecimentos e crenças populares sobre a saúde das mulheres aparecem em antigos papiros egípcios, nos quais, a concepção mágico-religiosa dos tratamentos terapêuticos é notória (SCAVONE, 2004, p. 129).

As parteiras desenvolveram também conhecimentos sobre controle dos nascimentos e interrupção da gravidez. A Inquisição promovida pela Igreja, que teve seu clímax entre os séculos XV e XVII na Europa, associou parteiras a curandeiras e bruxas. Entre as acusações da bruxaria, estava o fato de essas mulheres possuírem “talentos médicos e obstétricos” (SCAVONE, 2004, p. 130).

Os conhecimentos medicinais das parteiras, advindos de longa experiência empírica, conferiam-lhes um poder de cura que, para os inquisidores, era considerado mágico e maléfico. O poder de cura era o próprio malefício para a

Igreja, já que ele representava a influência dessas mulheres, principalmente sobre a população camponesa pobre, colocando em risco o poder clerical. Além disso, o saber dessas mulheres atingia terrenos considerados perigosos, como o da sexualidade feminina (SCAVONE, 2004).

A Inquisição acompanhou o processo de legitimação da medicina científica. Se, inicialmente, a história da obstetrícia e dos tratamentos ginecológicos esteve nas mãos das mulheres, ela foi passando paulatinamente às mãos dos homens, isto é, à medicina científica, nas quais continuou seu caminho. Conforme Scavone (2004, p. 133) “a obstetrícia começou a ser olhada com interesse, pelos homens, justamente no período em que a medicina científica lutava para monopolizar o saber médico, entre os séculos XVI e XVIII [...]”.

A entrada em cena dos homens num domínio mantido, por séculos, pelas mulheres, não se deu sem resistências, já que, por um lado, a presença de médicos-cirurgiões nos partos e nos tratamentos ginecológicos significava, do ponto de vista moral, um desacato ao pudor feminino que as mulheres e os maridos relutavam em aceitar. Por outro, representava custos financeiros que superavam as possibilidades das classes despossuídas (SCAVONE, 2004).

No entanto, a passagem paulatina de uma prática empírica para a instalação de um saber médico científico se fez com a participação das próprias parteiras, cujo saber era reconhecido e não-dispensado por alguns cirurgiões. “Cabe lembrar que, inicialmente, estes cirurgiões-parteiros utilizavam os mesmos métodos de cura que as mulheres, com a diferença de acrescentarem instrumentos cirúrgicos, aliás nem sempre de forma adequada” (SCAVONE, 2004, p. 134).

A introdução da prática médica masculina na ginecologia e obstetrícia significou o afastamento definitivo das parteiras, curandeiras, etc, do primeiro escalão da assistência à saúde das mulheres. Foi justamente na “idade das luzes”, final do século XVIII e começo do século XIX, que o discurso médico, apoiando-se na ideia de racionalidade e progresso, classifica a prática dessas mulheres de obscurantista: “o conhecimento faz progressos decisivos e vai permitir o triunfo da ignorância e do sofrimento. O parteiro fica ao lado da ciência e se levanta contra o obscurantismo das matronas” (GÉLI *apud* SCAVONE, 2004, p. 135).

E foi também com esta mesma linha de raciocínio que se reduziu o papel social da mulher para os limites da família; valorizando-a como mãe e, como tal, passou a ser preocupação dos médicos: “encarregados de proteger a vida, eles – os médicos – foram conduzidos a ver no corpo feminino a peça mestra da reprodução humana; foi como mãe essencialmente que a mulher se tornou para eles digna de cuidados” (KNIBIEHLER; FOUQUET *apud* SCAVONE, 2004, p. 135).

Este processo todo culmina com o monopólio definitivo do saber obstétrico e ginecológico pela medicina científica, autorizando aos médicos não só os cuidados relativos à saúde das mulheres, mas também a normatização de suas vidas familiares (SCAVONE, 2004), passando a controlar também a sexualidade e os corpos das mulheres.

A existência de um controle social sobre a sexualidade, a fecundidade e a capacidade reprodutiva das mulheres que assumiu, no decorrer da história e em diferentes sociedades, inúmeras formas, foi objeto de preocupação dos estudos de Foucault (1988). De acordo com o autor, desde meados do século XVIII foram acionados, nas sociedades ocidentais, diferentes dispositivos dos campos do saber e poder, sobre os seres vivos. Da mesma maneira, o corpo, objeto de discurso científico e de experiência clínica, tornou-se objeto de uma política de controle, de subordinação segundo modalidades que variavam ao longo da história. O controle da reprodução tornou-se um importante tema de preocupação política (LABORIE, 1993).

Assim, o corpo, na sua função sexo/reprodutiva, tem sido alvo de políticas reguladoras de acordo com as condições sociais e econômicas presentes em cada momento particular (RAMÍREZ, 2003a). Conforme a autora,

Foucault (1997) observou que, na metade do século XVIII, a organização da sexualidade como dispositivo estabelece modelos de ajustamento do fenômeno de população aos processos econômicos, mais exatamente, ao desenvolvimento do capitalismo. Dentre os conjuntos estratégicos de dispositivos específicos de saber e poder acerca do sexo, encontra-se a *histerização do corpo da mulher* e a *socialização das condutas de procriação*, operados sobre o controle do corpo das mulheres. O corpo feminino tornou-se um dos “alvos e pontos de fixação dos empreendimentos de saber”, uma vez que foi colocado em comunicação orgânica com o corpo social (RAMÍREZ, 2003a, p. 110).

Foucault observou o desdobramento da função de cura da medicina para outra função política, de criação e transmissão de normas sobre o corpo, a saúde, o comportamento, etc., configurando o que o autor nomeia como biopolítica (ou biopoder): processo por meio do qual se exerce o controle sobre a vida, mediante um conjunto de discursos e práticas que regulam o corpo dos indivíduos, como também a saúde, a educação e o bem-estar da população. Diferente do modo como esse biopoder atuava no governo monárquico, na sociedade de controle (capitalista), ele surge aparentemente de forma benevolente, mas particularmente invasivo e efetivo (RAMÍREZ, 2003a).

Embora a ideia de controlar a reprodução seja muito antiga e esteja presente em todas as sociedades, segundo alguns autores, é somente a partir do século XIX, com a industrialização, que esse controle ampliou-se, por meio de técnicas sofisticadas, controladas pela ciência e a medicina.

Tanto no início da civilização como nas sociedades ditas primitivas, encontram-se relatos da utilização de formas de evitar a concepção. [...]. Mas foi a partir do século XIX, com a industrialização, que estas técnicas se ampliaram e se sofisticaram, passando a ser controladas pela ciência e a medicina. O conceito de medicalização formulado por Illich define a extensão da prática médica através do treinamento médico nas sociedades industrializadas. Este conceito aponta para a tendência crescente da mediação médica em todas as fases da vida (SCAVONE, 1998, p. 92).

De acordo com Laborie (1993), uma característica das sociedades ocidentais é o papel exercido pelos médicos na função de controle. Os médicos interessaram-se pelos processos fisiológicos da reprodução e da gravidez, a fim de controlá-los cada vez mais. Atualmente, o campo da reprodução tornou-se sede de pesquisas, de exercícios, de proezas técnicas e de promessas divulgados por meios de comunicação de massa.

Neste sentido, a área da reprodução humana está cada vez mais sendo mediada pela medicina. Com o advento das NTRc, problemas de infertilidade são tratados dentro das clínicas de reprodução humana ou de reprodução assistida, e o sonho do filho biológico pode ser mais do que nunca alimentado, embora nem sempre satisfeito, tendo em vista os limites da tecnologização da reprodução e, como afirma Ramírez (2003a; 2003b), da “fabricação da vida”.

É necessário nos perguntarmos o porquê do adjetivo “Novas” quando nos referimos às tecnologias de reprodução humana¹⁹, se as tentativas de intervir na reprodução, por meio de técnicas e procedimentos artificiais, têm uma longa história na cultura ocidental, principalmente a partir da constituição da biologia e da medicina como ciências experimentais modernas (REDESAUDE, 2003).

Talvez o elemento “novo” das modernas tecnologias tenha surgido quando houve efetivamente condições de emergência e confluência de vários domínios científicos e tecnológicos, a partir da segunda metade do século XX. Esses domínios ou setores (medicina, biotecnologia, informática, cibernética) articulados adquiriram um sentido diferente do conhecimento científico e técnico anterior no contexto do universo econômico, social, cultural, moral e político da modernidade, produzindo eventos inéditos na história da humanidade (REDESAUDE, 2003, p. 10 e 11).

O adjetivo “novo” pode repousar também no fato de o processo de fecundação humana ter saído do corpo feminino e se transformado em objeto de manipulação laboratorial; ter se constituído em evento extracorpóreo (*in vitro*) (REDESAUDE, 2003).

Para algumas autoras, o desenvolvimento das NTRs deve ser analisado como parte de um processo histórico de medicalização social, particularmente, de medicalização da sexualidade e da reprodução.

Não obstante serem apresentadas como um dos principais marcos da revolução tecnológica realizada recentemente pela medicina, o que de fato não deixa de ser quando enfocadas em seus aspectos puramente técnicos, as NTRs constituem a etapa mais recente de um processo cujas origens remontam ao final do século XVIII. A atual medicalização da procriação não configura em si uma ruptura com a tradição médica nesse campo, que mantém contínua intervenção sobre a sexualidade e a reprodução humanas, particularmente sobre o corpo da mulher (CORRÊA, 1998a, p. 131 e 132).

Para esta autora, a medicina, como prática social, consiste em uma das mais potentes práticas, uma vez que lida com questões como a imagem do corpo, a dor, a

¹⁹ Oliveira (1998) entende a necessidade de distinguirmos os termos. De acordo com a autora, procriar, ou reproduzir a espécie é gerar um ser semelhante com constituição genética diferente (“reprodução sexuada”), mas da mesma espécie, ou uma cópia de si mesmo com a constituição genética idêntica (“reprodução assexuada”). Na chamada reprodução sexuada, não ocorre o fenômeno da re-produção, ou seja, não há cópia, tão somente duas metades diferentes dão origem a um terceiro ser, que não é idêntico a nenhuma das duas metades que o originaram, apenas semelhante (procriação). Conforme a autora, há anos, alguns setores do feminismo vêm sugerindo que passemos a adotar a terminologia procriação, no lugar de reprodução, a fim de que possamos ter maior rigor científico.

morte, etc. Além disso, historicamente, a medicina foi fundamental na disciplinarização do corpo para o trabalho. Neste sentido, o discurso e a prática institucionalizados da medicina moderna (como também de outras disciplinas como a biologia e a psicologia) interferem na construção da própria ideia de vida, como vida biológica e de processos vitais, como a saúde, a doença, a dor e o prazer, estando situado neste plano o sentido principal do termo medicalização. Para a autora,

Embora esse termo admita uma polissemia, na qual se destacam as ideias de aumento do consumo de atos médicos, da proliferação tecnológica na prática médica, da expansão de lucros na comercialização de serviços, equipamentos e produtos, aqueles aspectos situados no plano da significação, do sentido e das representações antecedem os demais, em termos lógicos (CORRÊA, 1998a, p. 132).

Segundo a autora, o processo de medicalização pode ser definido como a prática pela qual o modo de vida das pessoas é normalizado pela medicina, o que confere uma autoridade moral a esta ciência, possibilitando assim uma extensão ilimitada de sua abordagem discursiva sobre qualquer aspecto da existência humana. Notadamente, comportamentos e condutas cotidianos são passíveis de apreciação e regulação por enunciados científicos, em relação aos quais os indivíduos podem definir-se como normais ou anormais, saudáveis ou doentes, felizes ou infelizes, etc. Eventos fisiológicos como a gravidez, o parto, a menopausa e o envelhecimento; comportamentos socialmente vistos como desviantes como o alcoolismo, o uso de drogas, a inadaptação ao trabalho, a agressividade, formas de exercício da sexualidade, etc. podem sofrer uma redescrição médica, passando a ser submetidos à normalização por parte da medicina. E é nesse processo que, historicamente, a função de cura da medicina duplica-se em outra função, uma função política, de criação e transmissão de normas.

No campo da sexualidade e da reprodução, uma das características centrais do processo de medicalização consiste na forte diferenciação entre os sexos. No que se refere às intervenções, os medicamentos, as técnicas e também as pesquisas incidem e concentram-se muito mais sobre o corpo das mulheres do que sobre o dos homens, em qualquer que seja a etapa do processo reprodutivo considerado. Se no caso do parto e de todos os cuidados com o recém-nascido predominaram, historicamente, intervenções normalizadoras do médico, que se

seguiram a uma transferência do saber das mulheres – tanto das mães quanto das parteiras –, sobre o processo reprodutivo, o controle da fecundidade, por sua vez, exigiu modificações em outra ordem de representações, ou seja, na própria forma de geração da vida, donde os adjetivos que normalmente acompanham essas representações – nascimentos planejados e nascimentos artificiais – exprimem de forma bastante significativa os contextos racionais e tecnológicos que lhes deram origem (CORRÊA, 1998a).

A partir do desenvolvimento do Projeto Genoma Humano, testes pré-natais e diagnósticos genéticos de alta tecnologia vêm sendo realizados em larga escala. Estes merecem ser analisados mais pormenorizadamente considerando os possíveis riscos e benefícios, tanto para as mães quanto para os fetos. Na opinião das pesquisadoras (ROTANIA, 2001), merecem atenção cuidadosa os procedimentos médicos que vêm sendo aplicados à medicina reprodutiva e que podem ganhar contornos eugênicos e sexistas.

A informação divulgada na sociedade sobre RHA, geralmente, não incorpora informações relativas aos baixos índices de efetividade encontrados na prática clínica. Transmite-se a ideia de que os procedimentos são simples e seguros e não oferecem riscos para a saúde da mulher e do bebê. Estudos indicam que há uma tendência a banalizar, simplificar e/ou fragmentar procedimentos complexos, que nem sempre são inofensivos para as mulheres e bebês, quando considerados os efeitos colaterais de medicações utilizadas para hiperestimulação ovariana, ou altas taxas de ocorrência de paralisia cerebral em bebês, no caso de gravidez múltipla, que trazem profundas implicações éticas e legais para as pessoas e serviços envolvidos (REDESAUDE, 2003, p. 28).

Outro ponto crucial, de acordo com pesquisas, é aquele ligado à morbimortalidade de mulheres e bebês expostos às NTRc. O fator mais relevante é o das gestações múltiplas²⁰ e partos gemelares, sendo sua proporção em torno de 20% das gestações FIV. Esse problema situa, no próprio campo médico, a pergunta sobre a validade de induzir gestações gemelares. Questiona-se se elas representariam um fracasso ou sucesso da FIV. Para muitos pesquisadores

²⁰ Segundo estudos realizados, as gestações múltiplas representam um risco de mortalidade materna até 5 vezes maior do que os partos de gestações simples; 3,4 vezes maior de hipertensão severa; 4,5 de hemorragia no pós-parto (médias aplicadas na Europa). Em um estudo nacional realizado na França, pesquisadores têm mostrado que uma mulher grávida de dois fetos ou mais tem 15,5 vezes mais chances de necessitar ser internada em uma UTI do que no caso de gestação simples (DOYLE, P. The outcome of multiple pregnancy Human Reproduction, 1996, citado por Olivennes, 2001. In: REDESAUDE, 2003).

médicos, críticos destes aspectos das NTRc, promover riscos como aqueles ligados à gestação múltipla podem caracterizar a FIV como má prática da medicina (REDESAUDE, 2003).

No que se refere aos bebês, são realidades importantes e cruciais: hipotrofia, baixo peso, prematuridade. Deficiências determinadas por acidentes nos partos incidem diferentemente entre gestações simples e múltiplas, já tendo sido muito bem estudado este aspecto (REDESAUDE, 2003).

Além das consequências sobre a saúde dos bebês que podem decorrer das gestações múltiplas, o uso de gonadotrofina coriônica humana recombinante²¹ no processo de hiperestimulação ovariana²² pode apresentar riscos ainda desconhecidos. Inexistem informações científicas sobre os efeitos desse tipo de medicamento na saúde dos fetos (REDESAUDE, 2003).

A discussão em torno do uso indiscriminado da ICSI entre os especialistas aponta para a necessidade de realizar uma avaliação genealógica das causas de esterilidade masculina, uma vez que existiriam várias síndromes, pouco relatadas, associadas à mesma. Assim sendo, a infertilidade deveria ser vista como sintoma de outras doenças a serem analisadas. A ICSI poderia veicular a transmissão de anomalias genéticas a partir dos homens inférteis.²³ Essa perspectiva, que denuncia

²¹ O Hormônio HCG (gonadotrofina coriônica humana recombinante) é utilizado nos processos de FIV para a estimulação da produção de óvulos, provocando modificações de humor, entre outros efeitos colaterais (REDESAUDE, 2003).

²² O ciclo FIV demanda a otimização da coleta em termos de quantidade e qualidade de óvulos através dos procedimentos de hiperestimulação ovariana. O procedimento hormonal utiliza várias substâncias, combinando-se seus efeitos. Os óvulos são logo coletados por meio de diferentes métodos e diversas vias, seja por laparoscopia, incisão na parede abdominal ou em forma transvaginal por controle ecográfico. Muitos pesquisadores apontam que o método é um dos menos controláveis. O tratamento hormonal pode causar a Síndrome da Hiperestimulação Ovariana (OHSS). A OHSS pode provocar rápida acumulação de fluidos na cavidade abdominal, caixa torácica e em volta do coração. São sintomas precoces: dores pélvicas, náuseas, vômitos e ganho de peso. Outros sintomas incluem um severo alargamento ovariano, dificuldades respiratórias e disfunções do fígado. Pode causar danos aos ovários, rupturas e hemorragias na cavidade abdominal, tendo como consequência a necessidade de intervenções cirúrgicas. Outras consequências são as oclusões arteriais, que reduzem o fluxo sanguíneo para órgãos importantes e extremidades, causando a perda de membros; complicações pulmonares, coágulos, etc. Esse quadro poderá ser agravado em termos de saúde das mulheres com o possível uso da clonagem como técnica de reprodução assistida, pois o procedimento requer um número muito grande de óvulos (REDESAUDE, 2003).

²³ Uma das preocupações manifestadas por alguns especialistas é a criação de uma geração de inférteis, uma vez que, ao serem usadas indiscriminadamente algumas técnicas como a ICSI, estar-

a banalização do uso dessas técnicas, começou a ser divulgada na mídia mais enfaticamente em 2002 e 2003, especialmente depois da publicação, em revista científica, de um estudo realizado por pesquisadores ingleses e australianos, no qual se afirma que as crianças concebidas em laboratório têm mais do dobro de probabilidades de nascer com complicações do que os bebês concebidos naturalmente (RAMÍREZ, 2003a).

Os médicos (ginecologistas e obstetras), tanto quanto os próprios pacientes, homens e mulheres, tendem a reduzir o sintoma da esterilidade exclusivamente ao plano biológico, como causa de disfunção e lugar de intervenção e a restringi-lo às intervenções médicas e cirúrgicas, nas quais a ausência de concepção é tratada como doença (LABORIE, 1993).

Não há consenso, entre os especialistas em reprodução humana, na avaliação se a FIV e a ICSI provocam impactos na saúde dos bebês. A tecnociência da reprodução não tem condições de garantir segurança sobre a aplicação de várias técnicas de reprodução assistida, tanto na saúde da mulher quanto das crianças a serem concebidas. Contudo, ela continua sendo utilizada (REDESAUDE, 2003).

Conforme Tamanini (2003), no campo médico da reprodução assistida no Brasil, raramente se indaga sobre a validade de muitos procedimentos, sobre o limite de aplicação das tecnologias. O discurso dos médicos/as que trabalham com RA sustenta a absolutização do desejo de filhos. Para Corrêa (2003), a um “desejo de filhos” absolutizado, corresponde uma aplicação inquestionável das novas tecnologias reprodutivas. A autora questiona até que ponto um discurso que transforma direitos reprodutivos em direito à reprodução (procriação) e/ou desejo de ter filhos em um direito individual fundamental contribui para um ainda maior obscurecimento destas questões. Questiona-se também se foi o desejo que criou as técnicas ou se são as técnicas que vêm reforçar ainda mais o desejo de filhos (ROTANIA, 2003).

Cabe ressaltar que o tema da reprodução humana assistida constitui um universo que, embora ocupe espaços na área acadêmica nacional e internacional,

se-ia transmitindo síndromes que causam a infertilidade. Neste sentido, a infertilidade poderia vir a ser uma doença hereditária (RAMÍREZ, 2003a).

integrando a pauta de discussão sobre políticas públicas no âmbito dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, e seja destaque na mídia, ainda não é objeto de profunda e vigorosa reflexão no movimento organizado de mulheres que atua no campo da saúde e dos direitos reprodutivos; da mesma forma, suas indagações e possíveis problemas também não têm sido objetos de uma socialização efetiva (REDESAUDE, 2003).

A regulamentação da RA deve responder aos problemas éticos que tem suscitado. Deve ter como perspectiva proteger contra os abusos, interpondo limites para quem realiza tais práticas, como os profissionais médicos, e garantir os direitos reprodutivos de quem sofre as intervenções diretas, no caso, as mulheres. A reprodução humana possui uma função social e como tal deve ser tratada. É uma questão pública, a ser protegida pelo Estado, e por ele deve ser assumida, por meio de suas esferas Executiva e Legislativa, instâncias de representação da sociedade. Ao Judiciário, cabe sua fiscalização (REDESAUDE, 2003).

Há que se ter em conta, segundo Tamanini (2003), o desconhecimento sobre o quanto são respeitados a ética e o consentimento livre e esclarecido²⁴, quando da utilização das novas tecnologias contraceptivas. Conforme a autora, sua pesquisa fornece indícios de que os casais não são informados, ou, pelo menos, não suficientemente, sobre possíveis riscos durante o processo de tratamento.

O que encontramos, sempre que perguntamos, é que o médico lhes diz sobre quais são os percentuais de sucesso e de fracasso dessa tecnologia. Cremos que isto seja uma forma de auto-proteção diante da tecnologia ainda bastante experimental [...] (TAMANINI, 2003, p. 68 e 69).

Para Corrêa (1998a), a extrema modernidade das NTRc pode estar reforçando o papel tradicional da medicina na construção de significados em torno da maternidade e da paternidade, do imperativo da procriação, com todos os significados simbólicos de que ele pode ser revestido (renovação da vida, recriação do eu, etc.).

²⁴ O consentimento livre e esclarecido implica a compreensão do ato terapêutico sobre o qual o/a paciente deve consentir. Isto é um processo, mais do que um ato pontual de uma assinatura em um formulário, e se funda na noção de autonomia. Os elementos característicos desse consentimento são uma informação adequada (mas não necessariamente completa), a capacidade do indivíduo de compreender essa informação e a liberdade de decisão (TAMANINI, 2003).

E também, as NTRc e as novas formas de medicina a elas relacionadas representam um extraordinário aprofundamento da “vontade de saber” e de domínio sobre os processos biológicos e corporais até mesmo sobre o que, para elas, define o caráter dos indivíduos.

Na gestão do patrimônio genético pelas tecnologias de medicina preditiva, por exemplo, um nascimento pode ser suspenso antes mesmo de sua concepção. Com ela, atribui-se aos médicos não apenas um poder de vida, mas também de morte, e ainda, particularmente aos pais, que devem tomar decisões frente aos riscos de o futuro indivíduo ser portador ou transmissor de genes supostamente defeituosos ou indesejáveis (CORRÊA, 1998a, p. 133).

Esse, como outros desenvolvimentos semelhantes da medicina da reprodução, segundo a autora, levou a concentração do debate sobre as NTRs em comitês e conselhos de ética e/ou de bioética. Essas instâncias têm cumprido um papel de normalização da própria medicina, que se mostraria, em suas formas atuais de organização, incapaz de, por si mesma, propor e garantir o que seria uma prática médica adequada à saúde e ao bem-estar das pessoas. No entanto, Corrêa (1998a) manifesta a preocupação pelo fato de a existência dessas instâncias não ser por si mesma garantia de segurança absoluta.

Hoje, com a maioria destas técnicas disponíveis no mercado, o debate de fundo em relação às questões éticas tende a se polarizar, de um lado, na posição que enaltece os avanços da ciência e seus benefícios à humanidade; de outro, na denúncia dos efeitos nefastos desses avanços para a sociedade (SCAVONE, 2004).

Quanto às tecnologias conceptivas, as polêmicas se multiplicam (congelamento de embriões, clonagem, fecundação pós-morte²⁵), tornando imprescindível o debate como um “alargamento das competências técnicas e morais atribuídas à profissão médica, de forma a poder melhor definir sua extensão e seus limites” (SCAVONE, 2004, p. 73 e 74).

²⁵ Nós acrescentaríamos a questão do DGPI que gera muitas polêmicas por parte de alguns autores e pesquisadores, dentre eles, Habermas (2004), que a consideram uma técnica que reacende a questão da eugenia e põe em cheque a própria autonomia do ser humano. Especialistas também manifestam a preocupação com a retirada de uma célula do embrião e sua posterior recolocação, após o diagnóstico, no que tange à “qualidade” embrionária.

Segundo Rotania (*apud* TAMANINI, 2003), as NTRc são realizações de um desenvolvimento científico e tecnológico inédito:

Trata-se de um processo que não é neutro, que priva de valor a natureza, para dar ao sujeito um exercício ilimitado da liberdade e expressar interesses produtivos e consumistas concretos. Nesse contexto, as implicações éticas e valorativas podem estar sendo obscurecidas e as mudanças, ignoradas. A era tecnológica transforma a natureza viva em coisa, e coloca em perigo as gerações futuras dos seres vivos, ao manipular e permutar o material genético, além de modificar a capacidade sexual reprodutiva, determinando na espécie humana as relações sociais via paradigma científico (p. 78).

O que está envolvido neste debate não diz respeito apenas a questões legais, mas à própria definição do que é a vida, em geral, e a vida humana, em particular.

No contexto do desenvolvimento das NTRc, o controle médico da reprodução e a manipulação do corpo feminino são questões centrais e que não podem prescindir de uma discussão desde uma perspectiva de gênero.

No que se refere à reprodução ou ao planejamento familiar, existem estudos (FAÚNDES; HARDY, 2004) que questionam o autoritarismo e a falta de ética por parte dos médicos na imposição de métodos para as mulheres, ferindo, muitas vezes, sua autonomia.

Quanto às NTRc, estudos como o de Záchia (2006), indicam que, muitas vezes, os profissionais não dialogam com os pacientes a respeito de seu desejo de tratamento, simplesmente, tentam impor-lhes a todo custo.

Também, de acordo com algumas autoras (TAMANINI, 2003), os valores que sustentam a ação de médicos e médicas sobre os corpos femininos e masculinos na procriação tecnológica reificam valores tradicionais de assimetria sexual. Ao mesmo tempo, permitem outras formas de abordagem terapêutica para a ausência de filhos e legitimam as práticas médicas na direção da família monogâmica e nuclear, mesmo que essas tecnologias possam ser utilizadas por mulheres solteiras ou casais homossexuais.

Ao serem reforçados modelos tradicionais de família, a reprodução é revalorizada como função social da mulher e a maternidade é vista como realização indispensável da feminilidade.

Quando o médico, em seu discurso, insiste em dizer: “É preciso ajudar uma mulher a ser feliz”, ou “Faz parte da essência feminina ser mãe”, ele coloca em evidência um modelo de “feminilidade essencializada”, fabricada para ela, a partir do entendimento de que existe um corpo natural, que é o corpo fértil feminino; o que foge a esta regra precisará ser aproximado do padrão de fertilidade, entendida como normalidade, porque ser fértil é o “normal” em toda mulher (TAMANINI, 2003, p. 144, grifo da autora).

São muitas as questões que se apresentam nesse novo contexto de medicalização da procriação, assim como são vários os questionamentos e as implicações morais e éticas do agir e da conduta médicos. Há questões para o feminismo, segundo Scavone (2003), tais como o uso e abuso dos corpos das mulheres pela ciência e a tecnologia e seus efeitos à saúde, ou a mercantilização da vida e da reprodução, que permanecem e trazem para a discussão as relações de poder entre os sexos.

Para Tamanini (2003, p. 78), “os problemas ligados às novas tecnologias reprodutivas e de gênero não podem, igualmente, prescindir do diálogo com os campos da ética, da saúde e dos direitos”.

De acordo com Brym (2006), faz-se necessário um debate público bastante amplo para que se possa decidir quem controlará as tecnologias reprodutivas e com que finalidade. Por um lado, estas tecnologias poderão propiciar grandes alegrias a pessoas inférteis. Ainda, embriões não utilizados para fertilização poderão aliviar o sofrimento de muitas pessoas ao serem usados em pesquisas sobre células-tronco, conforme aprovado pelo Congresso brasileiro em 2005. As células-tronco têm a capacidade de formar diferentes células e, assim, substituir tecidos doentes, trazendo esperança para portadores de doenças como o mal de Parkinson, o mal de Alzheimer, os diabetes, entre outras. Por outro lado, as tecnologias reprodutivas podem continuar a beneficiar pessoas de maior poder aquisitivo (BRYM, 2006), se não forem oferecidas nos serviços públicos de saúde, a reforçar formas familiares tradicionais, privilegiando as relações heterossexuais ao permitirem que somente casais heterossexuais tenham acesso aos serviços de RA e, ainda, gerar batalhas legais infinitas e muito sofrimento para as diversas pessoas envolvidas (BRYM, 2006) em casos de disputas judiciais para verificação de paternidade ou outros casos envolvendo essas tecnologias.

CAPÍTULO III

AS NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS CONCEPTIVAS NO FEMINISMO

Nesta parte, serão abordadas as contribuições de algumas autoras feministas contemporâneas para o debate que envolve questões éticas, políticas, religiosas, econômicas, culturais, de gênero, de etnia que permeiam o desenvolvimento e a aplicação dessas tecnologias nas sociedades capitalistas contemporâneas, sobretudo no que diz respeito ao Brasil.

Grande parte das teóricas feministas entende o desenvolvimento das NTRc e sua aplicação como uma questão que deva ser discutida, principalmente, considerando o contexto dos países pobres ou em desenvolvimento, como o Brasil. Algumas visões feministas são, inclusive, bastante críticas dessas tecnologias.

Com o advento das NTRc, por um lado, as mulheres ganharam mais autonomia, considerando as possibilidades de uma gravidez tardia ou da minimização dos efeitos da idade sobre seu material genético por meio do congelamento de óvulos e/ou embriões (BARBOSA, 2000), ou ainda da opção pela maternidade sem um parceiro ou em uma relação homoafetiva, etc. Por outro, elas podem sofrer a pressão social para procriar, já que, segundo Rohden (2003), com as NTRc, a possibilidade do acesso à maternidade é facilitado, (embora não garantido), o que, de certa forma, vem reforçar a maternidade como um imperativo.

De acordo com Laborie (1993), de uma ótica feminista, o que está em jogo nas NTR é o fato de terem repostado o debate sobre o lugar e o papel das mulheres na gestão social da reprodução e reacenderem a questão da diferença sexual.

Conforme a autora, para algumas teóricas do feminismo, as Novas Tecnologias da Reprodução podem representar uma forma de combater o patriarcado.

As descobertas científicas que tornam potencialmente evitável a associação entre o corpo das mulheres e a reprodução – que é uma das bases da sua opressão no sistema patriarcal – podem constituir, se soubermos bem utilizá-las, fatores importantes de luta contra esse sistema (PEYRET; WIELS *apud* LABORIE, 1993, p. 447).

Para outras, no entanto, as NTR podem significar uma forma de colocar as mulheres à mercê das experiências científicas, quando não se sabe ainda todas as consequências que essas tecnologias podem trazer à sua saúde. Como, por exemplo, nos casos de mulheres que tenham sido expostas a uma ou várias estimulações hormonais, em doses tão elevadas quanto as que são utilizadas na fertilização *in vitro*, e que possam vir a desenvolver certos tipos de câncer (BELAISCH-ALLART *apud* LABORIE, 1993).

Já nos anos 1970, as teóricas do patriarcado entendiam que a reprodução era a “amarga armadilha” das mulheres e a sua liberação viria das transformações na tecnologia da reprodução que poderia, num futuro não demasiadamente longínquo, eliminar a necessidade dos corpos das mulheres como agentes da reprodução da espécie (SCOTT, 1995).²⁶

Para Rotania (2001), a utopia desenhada por Firestone na década de 1970 (biotecnologia humana e cibernética) finalmente estaria em vias de realização, tendo a humanidade atingido um estágio no qual a mudança das relações sociais de gênero podem corresponder a mudanças tecnológicas operadas na própria essência material da capacidade reprodutiva de homens e mulheres.

Resta saber se esta mudança inédita, que provoca encantamentos em muitos, receio em poucos e, finalmente, espanto em outros, confere efetivo poder às mulheres ou indica outra dimensão das relações sociais de sexo ainda de natureza nebulosa e, devido a isto, de complexa interpretação (ROTANIA, 2001, p. 377-378).

No entendimento de Barbosa (2000), as NTRc vêm reforçar a visão da reprodução como função inerente da mulher, como uma característica determinante de seu ser, prejudicando os avanços sociais conseguidos por meio de um longo processo de questionamento da relação mulher-natureza.

²⁶ Para Firestone (1976), “o núcleo da opressão das mulheres são seus papéis de reprodutora e educadora das crianças” (p. 87). “Através da História, em todos os estágios e tipos de cultura, as mulheres foram oprimidas devido a suas funções biológicas” (p. 89). No entanto, de acordo com a historiadora Joan Scott, a análise do patriarcado está baseada na diferença física e isso é problemático para a história, uma vez que toda diferença física tem um caráter universal e imutável e sendo assim, ela pressupõe um sentido coerente ou inerente ao corpo humano – fora de uma construção social ou cultural – e em consequência a não historicidade do gênero em si mesmo (SCOTT, 1995).

Para algumas feministas, no contexto das NTRc, o problema fundamental continua o mesmo: o lugar da produção e da reprodução na sociedade, bem como o reconhecimento da respectiva contribuição de homens e mulheres no conjunto desse trabalho social (TAIN, 2005).

Stolcke (1998) chama a atenção para o lugar da mulher como produtora e disponibilizadora de óvulos e úteros, necessários à atual medicina da reprodução. A autora interroga-se sobre as diferenças sexuais na procriação e por possíveis alterações nas noções vigentes de concepção que uma técnica como a clonagem poderia acarretar. O que se percebe, de fato, até o momento, segundo Corrêa (1998a), é um aprofundamento da apropriação do corpo feminino por parte da pesquisa biomédica no campo da reprodução e, nas palavras de Stolcke, um “reforço da maternidade como destino e responsabilidade da mulher” (STOLCKE *apud* CORRÊA, 1998a, p. 135), ainda que as novas tecnologias conceptivas e contraceptivas tenham oferecido às mulheres, ao menos nos países ricos, maior liberdade para decidir sobre seus corpos (STOLCKE, 1998).

Los contraceptivos han disociado el sexo de la procreación y nos permiten mayor libertad para gestionar nuestras facultades procreativas. Las nuevas tecnologías conceptivas han translocado las tradicionales nociones de filiación. El más reciente giro biotecnológico acentúa las diferencias de sexo. Las nuevas técnicas reproductivas convierten los úteros y los ovocitos en el bien máspreciado y precioso y los disocian de las personas a que pertenecen (STOLCKE, 1998, p. 152-153).

Para as feministas, o controle médico da reprodução diminui o controle das mulheres sobre seus corpos. “A tecnologia reprodutiva, ao substituir algumas das funções corporais, desloca o lugar central das mulheres no processo reprodutivo e sua capacidade de agenciamento” (RAMÍREZ, 2003a, p. 155).

As NTR significaram um salto qualitativo no controle médico-técnico da procriação humana, considerando que seus objetos privilegiados são as mulheres, na medida em que, devido às diferenças fisiológicas reprodutivas, isto é, as diferenças de sexo, essas tecnologias requerem acima de tudo a manipulação do corpo feminino (STOLCKE, 1998).

Da mesma maneira, para Scavone (2004, p. 69 e 70):

As práticas destas tecnologias trazem à tona o debate de fundo da ética e da ciência, dos ganhos e perdas das conquistas tecnológicas, da noção de progresso e de desenvolvimento humano e, sobretudo, das relações de gênero que lhes permeiam. Isto porque, além de estarem relacionadas com políticas demográficas controlistas ou natalistas, elas têm a particularidade de afetar a vida privada de cada um/a de nós, interferindo diretamente no corpo em seus aspectos mais íntimos: a vivência da sexualidade e a reprodução da vida. Esta interferência que, via de regra, acontece no corpo feminino, diminui o controle das mulheres sobre seus corpos, dando lugar ao controle médico e científico dos mesmos.

Para essa autora, as tecnologias reprodutivas são direcionadas quase exclusivamente para as mulheres, embora a sua produção, difusão e controle estejam majoritariamente com os homens. Esta constatação evidencia que as relações de gênero, na vivência da sexualidade e da reprodução, estão marcadas pela prática desigual das tecnologias reprodutivas: as mulheres continuam assumindo as questões reprodutivas, vivendo antigos conflitos na decisão da maternidade, apesar das inúmeras técnicas oferecidas no mercado.

A busca pela realização da maternidade (e/ou da parentalidade) não se faz sem conflitos: desde a decisão de querer ou não querer filhos/as até assumir os efeitos secundários na saúde pelo uso das tecnologias reprodutivas disponíveis, as mulheres percorrem uma trajetória que lhes impõe o clássico dilema: vida familiar x vida profissional e continuam sendo as principais artífices deste processo (SCAVONE, 2004).

De acordo com Giddens (*apud* SCAVONE, 2004), o processo de globalização econômica torna o consumo de todos os tipos de tecnologias cada vez mais generalizado e próximo de cada um/a de nós. Ele provoca a transformação nos contextos da experiência social, atingindo a vida privada das pessoas, influenciando comportamentos.

A expansão dessas tecnologias vem junto com os avanços tecnológicos em outros domínios da sociedade, atingindo nossa vida cotidiana e mostrando-nos as contradições inerentes à globalização: a emergência de um modelo de sociedade que se pretende universal, provocando, em contrapartida, uma intensificação dos regionalismos e das particularidades locais (GIDDENS *apud* SCAVONE, 2004, p. 70).

Com a expansão das tecnologias reprodutivas, a experiência da maternidade (em alguns casos, da paternidade) muitas vezes está sendo mediada pelas técnicas disponíveis que, por sua vez, são arbitradas pela medicina e pela ciência em geral (SCAVONE, 2004).

Neste processo, está embutida a lógica de adesão à modernidade, que se desdobra em inúmeras consequências na vida cotidiana. Implica, entre outras coisas, diminuir o número dos filhos/as, mas também continuar a tê-los/as; solucionar problemas ligados a projetos de vida, a desejos profundos e ao próprio corpo, corpo este que é objeto por excelência destas tecnologias. Implica, em última instância, ceder à lógica do tempo industrial, da eficácia, dos resultados imediatos (SCAVONE, 2004, p. 85).

Todavia, conforme Scavone (2004), no Brasil, esta adesão é permeada pelas profundas desigualdades sociais existentes no país, expressas, neste caso, no acesso desigual aos serviços de saúde e às tecnologias de ponta. A ampliação da oferta cria a ilusão de que é possível escolher, aumentando os conflitos e a responsabilidade das mulheres no que tange à reprodução. Além disso, essa livre oferta esbarra nas desigualdades sociais existentes no país, que limitam a autonomia dos indivíduos.

Para essa autora, a experiência das técnicas reprodutivas sugere a difusão e imposição do modelo médico científico, mas também pressupõe a busca (ou a recusa) que mulheres e homens, em diferentes situações, fazem desse modelo. A dominação da natureza, no caso da reprodução, pode ser considerada como um elemento de autonomia para as mulheres, mas, ao mesmo tempo, pode representar um elemento de controle político da natalidade, ou ainda um fator de risco para a saúde.

Em se tratando de Brasil, os estudos (BARBOSA, 2000) ressaltam a importância da consideração dos aspectos econômicos quando se fala em acesso às NTR, tendo em vista a precariedade da assistência à saúde, principalmente a saúde reprodutiva das mulheres.

Scavone (2004) chama a atenção para o fato de que as NTRc trazem à tona as diferenças de classe existentes no país, ressaltando as contradições do consumo das tecnologias reprodutivas na sociedade brasileira: de um lado, elas possibilitam às mulheres a livre escolha da maternidade e uma maior autonomia individual; de

outro, elas têm consequências para a saúde das mulheres que são minimizadas por razões econômicas, sociais, políticas, demográficas e subjetivas. Razões que, por sua vez, estimulam o uso dessas tecnologias.

Os limites da autonomia individual na escolha das tecnologias reprodutivas são dados pelas próprias desigualdades sociais e sexuais que refletem a exclusão social e a dominação masculina: os métodos pesados, considerados mais eficazes, são oferecidos como panaceia dos males sócio-econômicos às camadas desprovidas da população, atingindo o corpo e a saúde das mulheres (SCAVONE, 2004, p. 87).

As novas tecnologias reprodutivas também têm sido criticadas por algumas feministas como um princípio fundamental de não se aceitar a construção da vida humana de maneira artificial, o que traz consigo, nesta maneira de ver, o receio de usos e práticas eugênicas (ÁVILA, 1993).

No parágrafo 249 da Plataforma Política Feminista da Conferência Nacional de Mulheres, realizada em 2002 em Brasília, está referendado:

As novas tecnologias reprodutivas têm seu acesso restrito a quem possa pagar por elas. Não são regulamentadas em lei, o que favorece a criação de um verdadeiro mercado, sem controle e acompanhamento e o uso de muitas mulheres e homens como cobaias de pesquisas. As novas tecnologias reprodutivas conceptivas ainda contêm processos inseguros e experimentais; logo, a sua biossegurança precisa ser garantida para o seu pleno exercício (OLIVEIRA, 2002, p. 5).

Do ponto de vista social, há uma grande diferença entre a invenção dos métodos contraceptivos e o surgimento das Novas Tecnologias da Reprodução. Se os primeiros correspondiam a uma demanda das mulheres, as NTR resultam de uma oferta médica e científica. O que resta saber é se as mulheres podem encontrar nessa “oferta” meios através dos quais possam exercer suas escolhas, satisfazer seus interesses (LABORIE, 1993).

Stolcke (*apud* COSTA, 2003) considera que as novas tecnologias reprodutivas acabam por reforçar as desigualdades entre homens e mulheres, enfatizando o desejo dos homens de ter filhos biologicamente seus, por meio da manipulação do corpo feminino, pois, na sociedade de classes ocidental:

um conceito de status social, em última instância, determinado pelos próprios genes, sublinha um entendimento biológico individualizado

da paternidade/maternidade que resulta, por sua vez, na obsessão com ter uma “criança propriamente sua” se necessário através de fertilização *in vitro*. Por causa dessa naturalização da paternidade/maternidade em uma sociedade desigual, mulheres estão sujeitas ao controle dos homens sobre sua capacidade reprodutiva. Uma variante moderna é a maternidade tecnológica a serviço da solicitação dos homens da paternidade biológica (STOLCKE *apud* COSTA, 2003, p. 77, grifo da autora).

No entanto, é preciso considerar da mesma forma o desejo de algumas mulheres de terem filhos biológicos. Estudos (TAMANINI, 2003) apontam para o fato de que muitas mulheres desejam passar pela experiência da gravidez, para terem, se possível, filhos biologicamente seus ou mesmo com material genético doado por outras mulheres. O que se destaca, neste caso, é a importância da gestação para certas mulheres, em função da naturalização deste papel social.

No contexto de expansão e desenvolvimento da RA, percebe-se a construção da naturalidade do desejo do filho biológico e o revigoramento da família consanguínea como valor. E essa “naturalidade do desejo” de ter filhos “geneticamente aparentados e sadios” transformou-se na principal justificativa para o desenvolvimento acelerado das tecnologias reprodutivas, cada vez mais sofisticadas e invasivas, considerando que a frustração desse desejo seria motivo de sofrimento para mulheres e homens que não podem conceber espontaneamente (RAMÍREZ, 2003a).

A invenção científica adquire sentido em sua capacidade de reinventar o social em função de valores que, no caso da RA, estão associados à fertilidade, gênero, maternidade, hereditariedade, reprodução consanguínea, parentesco, etc. Valores nos quais adquire relevância o desejo do filho biológico, tido como a principal justificativa para o desenvolvimento e oferta de serviços de RA (CORRÊA *apud* RAMÍREZ, 2003a, p. 4).

Segundo Ramírez (2003b), a possibilidade tecnológica de habilitar as pessoas para terem filhos do “próprio sangue” traz consigo um cenário no qual a adoção de crianças é desvalorizada. Essa antiga solução social para resolver a ausência de filhos continua existindo, porém, conforme a autora, como o último recurso, após sucessivas e diferentes tentativas de recorrer às várias técnicas reprodutivas disponíveis.

O status conferido a cada uma dessas formas (biológica e social) de contornar a infertilidade é bastante diferente. A adoção de crianças é

um fenômeno oculto nessa discussão, ignorado na maioria das pesquisas desenvolvidas no país sobre reprodução assistida. Do mesmo modo que as análises omitem a adoção como solução disponível, também os profissionais da reprodução assistida a ignoram como alternativa desejável para as pessoas ou casais sem filhos (RAMÍREZ, 2003b, p. 115).

E, dentro desse contexto, de revigoramento da família consanguínea como valor, de construção do desejo do filho biológico, a maternidade é reforçada como um imperativo, é vista como função inerente à natureza feminina.

Há também o que algumas autoras chamam de “construção da infertilidade” (PINOS, 2003). Questiona-se até que ponto a técnica surge para solucionar problemas de infertilidade ou se a própria técnica que criaria a infertilidade.

Por que um número tão grande de mulheres se sente infértil? Claro que a infertilidade sempre existiu, mas, provavelmente está mais em evidência graças ao progresso da ciência e da tecnologia. Hoje, para a tecnologia, é muito fácil fazer uma criança. Então, se faz um filho e se dá para essa mulher que o pede. Na verdade, não é que haja mais mulheres inférteis e sim mais mulheres seduzidas pelo discurso da facilidade de ter um filho. Há mulheres que se dirigem às clínicas de reprodução porque não engravidam após três ou quatro meses de tentativas por meios naturais. [...] Tenho me perguntado se justamente esse discurso da facilidade não está fazendo com que os sintomas relacionados a ter um filho aumentem (PINOS, 2003, p. 89).

Porém, aqui, podemos questionar essa “facilidade” mencionada nos tratamentos de reprodução assistida. Com todas as intervenções a que a mulher está sujeita, onde está a facilidade nisso? Conceber “naturalmente” não seria mais fácil? Além disso, devemos levar em conta os percentuais de sucesso das técnicas que ainda são muito baixos, normalmente da ordem de 25% ou 30% por tentativa, segundo Ramírez (2003a).

Para Rohden (2003), o que mais chama atenção nas pesquisas sobre NTRc são as permanências, especialmente as relacionadas às diferenças de gênero. Isso passa pela valorização da maternidade, que se traduz, de maneira singular, nas intervenções da ciência e da medicina, em particular.

Na verdade, estamos falando de um processo, no qual, o que está em jogo, a partir desse império da maternidade, é designar o que é da ordem do social ou do natural para as mulheres. No século XIX, isso era muito mais explícito nos textos médicos. Atualmente, embora o debate se complexifique com as novidades da ciência, é também preciso estranhar o imperativo da maternidade. Continua

sendo muito recorrente na sociedade a ideia de que as mulheres têm que ser mães, de que é isso que as qualifica como mulheres, de que essa é sua missão no mundo (ROHDEN, 2003, p. 89 e 90).

No imaginário da sociedade contemporânea, ainda prevalece a perspectiva da mulher caracterizada por sua capacidade de procriar. Dessa perspectiva, parte a pressão social para que as mulheres tenham filhos, mesmo que à custa de uma intervenção médico-tecnológica (PINOS, 2003).

Para Oliveira (1998), a definição da maternidade como um fato natural é uma representação ideológica que proporciona uma imagem totalizadora e unificada de mulher-mãe. No entanto, ser mãe não é apenas um fato biológico, é também uma situação social e cultural. Neste sentido, existe uma construção social da maternidade.

As relações de gênero no contexto das NTRc ainda constituem relações de poder. Mesmo nos casos em que é comprovado que a esterilidade é masculina, as mulheres é que são medicamente tratadas, fato que, conforme Tamanini (2003), é apresentado como crítica na literatura feminista.

E, se no contexto das NTRc, ocorreu a entrada do homem no processo reprodutivo, as mulheres continuam a ser assimiladas como provedoras de gametas (TAMANINI, 2003).

Embora sejam percebidas novas formas de maternidade e de paternidade, as concepções, historicamente legitimadas pela ciência, de que o óvulo é passivo e o espermatozóide ativo no processo reprodutivo ainda permanecem. É o que evidenciou Tamanini (2003), em seu estudo com médic@s que trabalham com reprodução assistida.

Conforme a autora (p.159),

O que é feito na ICSI como tratamento para a infertilidade masculina é tornar um homem pai, ainda que ele possua um único espermatozóide. Esse espermatozóide, se colocado no contexto de uma linguagem relacional de gênero ativo/passivo, continua sendo representado como aquele que é ativo. Uma vez injetado no núcleo do óvulo, recupera-se a linguagem da penetração via tecnologia. Parece sempre ser ele o potencializador do óvulo.

Se as relações entre os sexos ainda constituem relações de poder, no contexto da reprodução tecnológica, o poder médico também está muito presente. Para Ramírez (2003a), as NTRc estão inseridas em um contexto do mercado e transformam as mulheres em agentes passivos da habilitação médica.

A divulgação de narrativas do desejo de filho biológico apresenta uma linguagem mercantilista, ofuscando a centralidade das mulheres na RA, que se tornaram agentes passivos de habilitação médico-tecnológica. A ressignificação de modelos de sexualidade e reprodução são reapropriados pela tecno-medicina, que os submete às suas regras e à lógica do capitalismo contemporâneo, transformando 'o que faz bater o coração mais rápido' em *commodities*²⁷ (RAMÍREZ, 2003a, p. II, grifo da autora).

De acordo com Ramírez (2003a), por via da RA, haveria a promessa de um “avanço libertador para a mulher”, no sentido de lhe conceder autonomia de escolhas reprodutivas, sem constrangimentos por causa da idade ou da ausência de um parceiro. A tecnologia permitiria às mulheres adiar a maternidade em razão de projetos profissionais, econômicos e pessoais. Esta questão, no entanto, será questionada, alguns anos depois, por uma pesquisa que discute o fenômeno social da “falta de filhos”, resultante da postergação da maternidade e do baixo sucesso das NTRc em mulheres acima de 42 anos.

Se os avanços da contracepção contribuíram para separar a sexualidade da reprodução, dando maiores possibilidades às mulheres para conquistar autonomia social e econômica, as novas tecnologias reprodutivas conceptivas trouxeram consigo também o estigma da doença à infertilidade, conforme Scavone (2004, p. 96).

A apropriação da infertilidade familiar pela medicina tende a reeditar a norma do dever de procriar, já que a fertilidade artificial torna-se disponível como mercadoria. As noções de infertilidade e de desejo de procriar passaram a ser normalizadas pela medicina.

Isso faz parecer que o acesso à maternidade tornou-se mais fácil com o desenvolvimento das NTRc. Para Rohden (2003), se existem tantas novas possibilidades de resolução de problemas relativos à fecundidade, todas as mulheres poderiam se tornar mães. Neste sentido, desejo e oferta da tecnologia

²⁷ Define-se *commodity* como um produto passível de padronização no que diz respeito à qualidade, quantidade e peso (MARQUES, 2005, p. 212).

estão diretamente relacionados. É também o que destaca a antropóloga Marilyn Strathern, de acordo com Rohden (2003):

A antropóloga Marilyn Strathern chama a atenção para o fato de como, hoje, a capacidade de reproduzir passa por ter iniciativa e conseguir colocar esta iniciativa em prática. Isso implica consumir tecnologias que estão disponíveis. Neste sentido, parece que os indivíduos que não se reproduzem podem ser rotulados de incompetentes. “Somente quem não tem iniciativa ou poder aquisitivo não consegue consumir as novas alternativas disponíveis no mercado” (STRATHERN *apud* ROHDEN, 2003, p. 91, grifo nosso).

Estamos vivendo num tempo em que os indivíduos podem fazer escolhas, tudo é possível. As ofertas do mercado preenchem qualquer lacuna. O sêmen e o óvulo são transformados em objetos autônomos, em produtos. É o fetichismo do produto, o fetichismo do gene, como destaca Ramírez (2003a), dentro de uma lógica do capital e do mercado. Um tempo em que até as pessoas são tratadas como “objetos”, como “commodities”, como numa linha de produção. E o bebê que nasce de uma reprodução assistida é um “produto”, uma *commodity*, “um produto passível de padronização”. E, entre os embriões obtidos em uma fertilização *in vitro*, só os “melhores” são escolhidos, os outros são descartados.

We are facing the expansion of a way of thinking that treats people as objects, as commodities. It is a way of thinking that enables us to see not motherhood, not parenthood, but the creation of a commodity, a baby (ROTHMAN *apud* TAYLOR, 2004, p. 1).

Rocque (2004), em um texto que trata das “utopias e distopias feministas” no campo da ficção científica, aborda criticamente as Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas analisando a obra *The handmaid's tale*, da escritora canadense Margaret Atwood, que trata de um terrível futuro no qual acontece um retrocesso tecnológico. Na república de Gilead, as mulheres são usadas como incubadoras humanas e a ausência de crianças é o maior problema.

Embora a geração de crianças “imprestáveis” em Gilead seja altíssima e qualquer exame que detecte anomalias antes do parto seja totalmente proibido pelos fundamentalistas no poder, os bebês “de cabeça de alfinete ou focinho de cachorro” são eliminados, sub-repticiamente, ao nascerem. Podemos ver um paralelismo entre esses bebês “imprestáveis” em Gilead e os embriões congelados excedentes, ou também “imprestáveis” – nesse caso, detectados em nível cromossômico, com a mais fina flor da tecnologia – resultantes da técnica de fertilização *in vitro* [...] (ROCQUE, 2004, p. 61, grifo da autora).

Ou ainda, podemos fazer uma analogia com os embriões que são descartados após a verificação de alguma anomalia genética por meio da técnica do diagnóstico de pré-implantação (DGPI).

As NTRc precisam ser situadas dentro do contexto do capitalismo e da modernidade, no qual qualquer “coisa” é passível de consumo. Algumas autoras como Strathern (1992) e Taylor (2004) chegam a falar em uma cultura de consumo (consumer culture). Um conceito que está relacionado ao desejo das pessoas de terem uma criança, um filho biológico. A criança é a incorporação do desejo dos pais. Para Strathern (1992), a ideia de parentesco nas NTRc está baseada na ideia de escolha e, esta, por sua vez, está baseada na ideia de consumo. “A escolha cria o consumo como um ato subjetivo” (STRATHERN, 1992, p. 134).

E essa escolha engloba não somente a decisão por ter um filho, mas as possibilidades de determinar o sexo e outras características genéticas, já que, de acordo com Strathern (1992), o advento das NTRc significa deter o controle da nossa própria biologia e do nosso próprio processo reprodutivo.

No caso do Brasil, essa escolha é questionável, já que é preciso levar em conta as desigualdades sociais e a assistência à saúde reprodutiva das mulheres. Não temos dúvida de que as NTRc constituem uma possibilidade de autonomia para as mulheres, principalmente àquelas de maior escolaridade e renda, que muitas vezes adiam seu projeto de maternidade em razão de outros projetos pessoais e profissionais. Contudo, devemos considerar a falta de atenção à saúde no país, do que decorre o número exorbitante de abortos clandestinos, cesarianas, esterilizações cirúrgicas, gravidez na adolescência, desconhecimento sobre o uso dos métodos contraceptivos, etc, fatos estes que podem levar, sobretudo no caso das mulheres de baixa escolaridade e renda, à procura das NTRc. O que nos leva a pensar, como Barbosa (2000), na existência de classes distintas de mulheres no Brasil em se tratando do uso e do acesso às NTRc. Devemos levar em conta também os riscos para a saúde das mulheres e as reais possibilidades de sucesso dessas tecnologias, muitas vezes não mencionadas pelos médicos.

Todas essas questões nos levam a reiterar junto com Scavone (2004) a importância de uma reflexão permanente e da ampliação do debate público sobre o

desenvolvimento destas tecnologias, suas condições de uso, suas implicações subjetivas, sociais e éticas, buscando fornecer elementos para tornar exequível a noção de cidadania reprodutiva.

CAPÍTULO IV

O SURGIMENTO DA BIOÉTICA

A Bioética, ao contrário da Ética Médica, cujas origens remontam à Grécia antiga, tem pouco mais de trinta anos. Para entendermos melhor a ética da vida (Bioética) e seu surgimento, é preciso definir o que estamos tratando por Ética e também por Ética Médica. Ética pode ser entendida, de acordo com Azevedo (2002), como o estudo da moral ou da moralidade e a Ética Médica é então compreendida como o estudo particular da moralidade médica. Ou ainda, “é o estudo geral da moral que acompanha e se desenvolve com a história da prática da medicina” (p. 22).

Conforme Schramm (2002), a Bioética nasce oficialmente quando o oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter²⁸ criou, em 1970, o neologismo *bioethics* para indicar um novo campo de pesquisa e de atuação da Ética. Para Potter, o novo campo teria caráter interdisciplinar, com marcado conteúdo ecológico e deveria preocupar-se com a sobrevivência da espécie humana e com a responsabilidade dos cientistas para com a qualidade presente da *Lebenswelt*. Tanto que ele a chamou de *science of survival*: ciência da sobrevivência. Potter chegou a essa compreensão a partir de suas pesquisas sobre o câncer, porque, segundo ele, esta doença não é apenas uma enfermidade física, mas uma manifestação das ameaças do ambiente, daí a necessidade de uma ciência da sobrevivência (JUNGES, 1999).

Duas décadas mais tarde, de acordo com Shramm (2002), antecipando muitos dos debates e preocupações atuais da bioética ambiental e da biossegurança, Potter renomeará sua concepção inicial de “bioética global”, mantendo, porém, os conteúdos da concepção inicial, a saber: a promoção da dignidade humana (para deter eventuais abusos da tecnociência); a limitação voluntária da fecundidade (para evitar as pressões negativas sobre a qualidade de vida global, decorrentes do excesso de população) e o respeito pelo ambiente natural (para deter a degradação das condições necessárias para a existência da

²⁸ Potter é Doutor em Bioquímica, pesquisador e professor na área de Oncologia no Laboratório McArdle da Universidade de Wisconsin/EEUU (www.bioetica.ufrgs.br).

própria vida). No entanto, o desenvolvimento dessa disciplina nem sempre trilhou caminhos que apontassem para o sentido global que Potter designou a ela, concentrando-se em temas e/ou problemas/conflitos mais biomédicos do que globais, na maioria das vezes (GARRAFA, 2009).

Todavia, para entendermos o surgimento dessa nova disciplina, ou desse novo campo de saber, isto é, a Bioética, primeiro precisamos voltar aos princípios da Ética Médica tradicional, que estava ancorada no hipocratismo. O hipocratismo, segundo estudiosos da bioética contemporâneos (JUNGES, 1999; AZEVEDO, 2002; SHRAMM, 2002), é classificado como *paternalista*, porque entendia que somente o médico teria condições de determinar o que é bom ou mau para seus pacientes, ou seja, esse paternalismo médico considerava o enfermo como uma criança, diante da qual era necessário ter uma atitude de desvelo beneficente (JUNGES, 1999). Hoje, esta ideia tornou-se obsoleta. De acordo com Azevedo (2002), atualmente, a tendência é que não somente outros profissionais também possam avaliar o que se deve ou não fazer em circunstâncias-limite, mas também que os leigos, incluindo não só os pacientes, mas também representantes da sociedade civil e política, participem das decisões.

No contexto da Ética Médica tradicional, o médico tem autonomia para decidir qual conduta é correta em cada caso particular. No contexto da Bioética contemporânea, exige-se o respeito à autonomia de decisão dos pacientes ou de seus familiares. De acordo com Azevedo (2002), enquanto, de um lado, a decisão clínica é considerada um assunto eminentemente de ordem médica, de outro, afirma-se que essa decisão deve ser objeto de um consentimento. Neste sentido, um dos conceitos mais importantes na Bioética é justamente o de *Consentimento Informado* ou *Esclarecido*. Ou, como grande parte dos pesquisadores e pesquisadoras da bioética preferem chamar atualmente: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O consentimento livre e esclarecido implica a compreensão do ato terapêutico sobre o qual o/a paciente deve consentir. Isto é um processo, mais do que um ato pontual de uma assinatura em um formulário, e se funda na noção de autonomia. Os elementos característicos desse consentimento são uma informação adequada (mas não necessariamente completa), a capacidade do indivíduo de compreender essa

informação e a liberdade de decisão (TAMANINI, 2003). Todavia, esse conceito é uma novidade no âmbito do discurso médico tradicional.

Alguns acontecimentos servem como marco para o surgimento desse conceito e também da Bioética nos EUA. Já nos anos 1960, início dos 1970, a opinião pública estadunidense tomou conhecimento dos casos de manipulação em pesquisas com enfermos social e mentalmente fragilizados (pacientes de diálise, de síndrome de Down e sífilíticos negros); assistiu aos primeiros transplantes de coração. Abusos no tratamento clínico e experimentação em pacientes terminais sensibilizaram a opinião pública e preocuparam os órgãos governamentais (JUNGES, 1999). Esses fatos despertaram o senso ético e provocaram uma discussão sobre os direitos do enfermo. É então que surge a Carta dos Direitos do Enfermo, aprovada pelos hospitais dos EUA, em 1970, dando início às discussões sobre os direitos e a autonomia dos pacientes e/ou de seus representantes legais. A Carta dos Direitos do Enfermo significou uma mudança nas relações entre profissionais da saúde e enfermos porque introduz a necessidade do “consentimento informado” do paciente (JUNGES, 1999).

Foi também nos Estados Unidos que ocorreu o caso Karen Quinlan que desencadeou uma disputa judicial entre os pais da paciente, que estava em estado vegetativo persistente, devido a causas nunca convenientemente esclarecidas, e o médico que a estava assistindo. A família queria que a paciente fosse retirada do respirador e o médico se negava, argumentando que este recurso era necessário à sua sobrevivência e que a paciente não preenchia os critérios de morte cerebral. A sentença da Suprema Corte de New Jersey, proferida em 31 de março de 1976, designou que o Comitê de Ética do Hospital St. Clair deveria estabelecer o prognóstico da paciente e assegurar que a mesma nunca seria capaz de retornar a um "estado cognitivo sapiente". O juiz da Suprema Corte de New Jersey presumiu, erroneamente, que este hospital, assim como a maioria dos demais hospitais norte-americanos, possuísse um Comitê de Ética para avaliar tal tipo de situação. Como este Comitê não existia, foi constituído um especialmente para avaliar o caso (www.bioetica.ufrgs.br).

O Comitê de Ética foi então composto por dois representantes do clero, o diretor da instituição, um assistente social, um médico que não participava do

tratamento de Karen e o representante legal desta. A decisão tomada pelo Comitê consistiu em uma recomendação para a retirada da paciente do respirador. Após este episódio, a paciente ainda sobreviveu por mais nove anos (www.bioetica.ufrgs.br). O caso Karen Quinlan adquiriu ressonância pública e os comitês de ética²⁹ tornaram-se uma novidade associada ao surgimento da Bioética nos Estados Unidos (AZEVEDO, 2002).

Por um lado, talvez possamos dizer que a Bioética surge em oposição e em substituição à ética médica tradicional, baseada no hipocratismo. Por outro, isso leva a crer que até o aparecimento da crítica à ética médica tradicional, com a Bioética, a medicina vinha sendo adequadamente guiada pelos ensinamentos de Hipócrates. O que não é verdadeiro, de acordo com Azevedo (2002). A Bioética é uma perspectiva bastante recente, conforme já mencionado anteriormente, porém, os médicos vinham reconsiderando criticamente os fundamentos da moralidade de sua profissão há mais de meio século. E um dos principais motivos que levou os médicos a repensarem sua moral interna não foi o esgotamento do hipocratismo, mas o distanciamento dele, particularmente após a trágica experiência do nazismo. Foi com essa preocupação que foi fundada em 1948 a Associação Médica Mundial, menos de um ano após a conclusão dos conhecidos julgamentos, realizados na cidade alemã de Nuremberg, dos médicos ligados ao nazismo, acusados de crime contra a humanidade, em virtude dos experimentos realizados com os refugiados nos campos de concentração, julgamentos esses que foram concluídos com uma declaração de princípios, conhecida mundialmente como *Código de Nuremberg*³⁰ (AZEVEDO, 2002).

O paternalismo e o poder absoluto e inquestionável do médico, que se sustentavam na ética médica tradicional, praticamente não haviam sido questionados até que apareceram abusos e manipulações que feriam esta tradição e cresceu a consciência de que todo ser humano é sujeito e não pode ser objeto, nem mesmo de beneficência (JUNGES, 1999).

²⁹ Este tipo de comitê que, na época, foi caracterizado como comitê de ética, foi o que deu origem aos comitês de bioética atuais.

³⁰ Este documento encontra-se em anexo.

Após a promulgação da Carta dos Direitos do Enfermo, o Congresso Norte-Americano criou, em 1974, a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Reserach* com o objetivo de realizar uma pesquisa e um estudo completo que identificassem os princípios éticos básicos que deveriam nortear a experimentação, em seres humanos, nas ciências do comportamento e na biomedicina (JUNGES, 1999).

Os pesquisadores demoraram quatro anos para a publicação do que ficou conhecido como o *Relatório Belmont*. A grande novidade do relatório são os três princípios, que depois se tornaram clássicos dentro da Bioética, bem como os procedimentos práticos dele derivados para a solução de conflitos éticos. Os três princípios foram identificados como: *beneficência* (atenção aos riscos e benefícios); *autonomia* (necessidade do consentimento informado) e *justiça* (equidade quanto aos sujeitos de experimentação)³¹ (JUNGES, 1999). Esses princípios foram estabelecidos para servir de base para a reflexão e a prática da Ética Médica e levaram ao desenvolvimento do modelo que, depois, ficou conhecido como *Principlismo*.

O principlismo defende que os conflitos morais podem ser mediados pela referência a algumas ferramentas morais, os chamados princípios éticos. E sugere quatro princípios éticos como base de uma teoria bioética consistente: autonomia, beneficência, nao-maleficência e justiça (DINIZ; GUILHEM, 2008b). No entanto, existem ainda outras linhas de orientação da prática médica.

De acordo com Schotsmans (2002), não existe hoje uma teoria moral plenamente elaborada ou genericamente preferida. Ao contrário, na área da Ética Médica atuam diversas teorias morais: o *utilitarismo*, que consiste em um conceito geral para teorias que medem o certo ou errado de atos segundo a relação entre suas consequências boas e ruins; o *kantianismo* ou *ética do dever*, segundo a qual, o certo e o errado de um ato não resultam das consequências desse ato ou apenas delas, mas da noção de dever que o indivíduo possui e que por isso ele entende que deve fazer o bem; a *ética do caráter* ou *da virtude* que põe em primeiro plano o ator

³¹ Os princípios clássicos da Bioética: *autonomia*, *beneficência* e *justiça* provêm de três diferentes tradições éticas. O princípio da autonomia reporta-se à *filosofia moral* de Kant; o da beneficência, ao *utilitarismo* de Stuart Mill; e o da justiça, ao *contratualismo* de John Rawls (JUNGES, 1999).

ou aquele que toma as decisões; o *individualismo liberal* – teoria que se baseia numa série de direitos fundamentais que garantem a proteção à vida, à liberdade individual, à liberdade de expressão e à propriedade; o *comunitarismo*, que deriva as bases fundamentais da ética de valores comunitários, do bem comum, de objetivos sociais, de práticas tradicionais e de virtudes cooperativas; a *ética assistencial* que se sustenta na ideia dos relacionamentos humanos: participação na existência de pessoas com as quais se mantém um relacionamento e disposição de agir a seu favor; a *casuística*, que se concentra em decisões práticas em casos particulares; e, por fim, teorias morais gerais. Todas essas abordagens, conforme o autor, são apresentadas e aplicadas no campo da Ética Médica.

E, para estruturar essa multiplicidade de modelos e teorias médicas, conforme Schotsmans (2002), o filósofo Tom Beauchamp e o teólogo James Childress, na obra *The Principles of Biomedical Ethics* de 1978, propuseram concentrar a reflexão bioética exclusivamente sobre a definição de decisões médico-éticas. Para isso, desenvolveram o modelo que busca o equilíbrio entre quatro critérios essenciais: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, que é o chamado *Princípioalismo*. Essa obra está ancorada no utilitarismo/consequencialismo anglo-americano, cuja referência maior é o autor Willian Frankena (www.bioetica.ufrgs.br). Outra referência teórica do princípioalismo é o autor W. D. Ross, de onde os autores adotaram o entendimento de princípios *prima facie*, mas que Ross chamava de obrigações e deveres *prima facie* (AZEVEDO, 2002).

Seguindo a sugestão de Beauchamp e Childress, a apresentação dos três princípios clássicos da Bioética desdobrará o princípio da beneficência em dois: não-maleficência e beneficência. O princípio de autonomia é o ponto de referência ética para o enfermo, os princípios de beneficência e não-maleficência para o médico e o princípio de justiça para as instituições de saúde e a sociedade no tratamento de questões relativas à vida e à saúde dos seres humanos (JUNGES, 1999).

O paradigma dos princípios está centrado na lógica dedutiva e baseado numa ética do dever (Kant) e busca responder à seguinte pergunta: o que se deve fazer frente às perplexidades morais provocadas pelo desenvolvimento das ciências médicas? Nesse sentido, este modelo procura aplicar os princípios aos casos

particulares segundo uma lógica dedutiva, acreditando que, dessa maneira, pode-se chegar ao que é necessário fazer nas várias situações (JUNGES, 1999).

Na edição de 1994, Beauchamp e Childress alteraram a denominação de seu modelo de princípalismo para Moralidade Comum ("common morality") (www.bioetica.ufrgs.br).

No entanto, apesar de ser bastante aplicado, até hoje, nos EUA, e também no Brasil, esse modelo é alvo de um conjunto de críticas, a principal delas é a de consistir em uma proposta individualista e dedutiva.

Esse modelo, de acordo com Junges (1999), levou a que o conhecimento moral normativo da Bioética seja compreendido exclusivamente como "princípios éticos" a serem aplicados, excluindo outros tipos de referenciais como convicções, atitudes, virtudes, emoções que poderiam também servir de fontes de conhecimento moral.

Conforme Schotsmans (2002), o princípalismo levou a uma supervalorização do terceiro princípio, ou seja, o respeito pela autonomia do paciente. Ainda que os autores de *The Principles of Biomedical Ethics* sempre tenham rechaçado essa interpretação unilateral, a radicalização do conceito de autonomia acabou por tornar-se a principal característica do debate bioético internacional. Como alternativa ao conceito de autonomia preconizado pelos princípalistas, o autor propõe uma abordagem personalista abrangente, na qual o conceito de autonomia é entendido como não-absolutista, o chamado personalismo.

Segundo o autor

Se todos os critérios éticos derivarem apenas da autodeterminação do indivíduo, será necessário perguntar se, relacionado a isso, não há muito mais em jogo, ou seja, que significado tem o próprio espaço no qual as pessoas interagem, discutem suas ideias e se ocupam com as ideias dos outros (SCHOTSMANS, 2002, p. 19).

O autor entende que é necessário unir a proposição dos defensores da autonomia do paciente com um enfoque que ele chama de relacional-personalista. No contexto clínico, a autonomia é uma premissa teórica e não uma situação de fato. O fato mais elementar, segundo ele, é a vulnerabilidade do paciente, e a ameaça a sua autonomia é apenas uma das muitas dimensões dessa vulnerabilidade. Por isso,

a autonomia não pode ser transformada no critério único das decisões da ética médica. Além disso, continua o autor, uma abordagem principialista que eleve o respeito à autonomia do paciente à condição de critério único para a definição das decisões médico-éticas deixa sem respostas numerosas questões que se levantam nesse contexto. “Ela tanto desconsidera a natureza do ser humano, como também a questão relativa às características determinantes essenciais da vida humana. Também não esclarece em que situação o ser humano passa a ser degradado a simples instrumento” (p. 20).

Para o autor, a abordagem personalista pode constituir-se em um exame meticuloso das diversas dimensões da realidade, em vez de limitar a discussão a regras, direitos e deveres, bem como a sua justificação e aplicação. “O enfoque relacional-personalista desenha uma imagem abrangente do ser humano e evita a unilateralidade da abordagem que absolutiza a autonomia” (SCHOTSMANS, 2002, p. 20).

Conforme já afirmamos anteriormente, a Bioética teve suas origens nos Estados Unidos e o modelo de fundamentação da prática médica predominante desde os anos 1978 até meados dos anos 1990, nos Estados Unidos e também no Brasil, foi o principialismo. O modelo personalista, que apresentamos suscintamente acima, constitui a perspectiva europeia que se contrapõe ao modelo americano³² Sendo assim, concedemos maior destaque a esses dois modelos. No entanto, mais à frente, faremos uma síntese dos modelos e perspectivas encontrados atualmente na área da Bioética, a fim de poder visualizar as diferentes perspectivas e entendimentos existentes nessa área.

A preocupação crescente com as consequências do desenvolvimento e emprego de novas tecnologias na medicina, principalmente, da medicina reprodutiva e da genética humana, preocupação essa que, não sendo restrita aos médicos, tornou-se multidisciplinar, alcançando não somente outras profissões da área biomédica, mas todo o universo leigo externo ao domínio mais restrito dos círculos profissionais e acadêmicos, criou uma situação que sugere a premente necessidade

³² Os pesquisadores e as pesquisadoras (NEVES, 2009; ROTANIA, 2001) que abordam o modelo principialista referem-se a ele como a perspectiva anglo-americana. Nós, porém, optamos por chamar apenas de americana com o intuito de não haver confusões com o modelo ou os modelos europeus de abordagem na bioética.

de uma reflexão ética (AZEVEDO, 2002; SCHOTSMANS, 2002). Neste sentido, esse fato também está associado ao surgimento da Bioética nos EUA.

Interessante notar, conforme Rotania (2001), que no ano seguinte em que Potter cria o neologismo Bioethics (1970), é criado nos EUA o primeiro instituto que trará o termo Bioética em seu nome, o chamado *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, da Georgetown University. Ou seja, a data oficial do nascimento da Bioética praticamente coincide com a fundação de um instituto dedicado ao estudo específico da reprodução humana, fato que sugere, de acordo com a autora, a relevância das preocupações da época relativas ao acelerado desenvolvimento científico e tecnológico neste campo. O que só corrobora o que já havia sido dito acima.

A partir de 1979, o Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics passou a se chamar Kennedy Institute of Ethics, com três centros: Center of Bioethics, Center of Population Research, Laboratories for Reproductive Biology (JUNGES, 1999). O modelo predominante seguido pelo instituto é o principalismo, tanto que alguns autores chegam a chamá-lo de “Modelo Georgetown” (SHRAMM, 2002).

Atualmente, muitos currículos acadêmicos já contam com disciplinas de Bioética, além das já tradicionais disciplinas de deontologia³³ médica. Já existem inclusive Programas de Pós-Graduação em Bioética e vários profissionais atuando como *bioeticistas*. Institutos de pesquisa em Bioética proliferam em vários países, seguindo a linha dos pioneiros norte-americanos *Kennedy Institute of Ethics* de Washington e do *Hastings Center* de Nova Iorque. Já existem no mundo inteiro centros, associações nacionais e internacionais de Bioética (AZEVEDO, 2002).

A Bioética consiste em um importante ferramental de estudo e análise tanto de problemas antigos (persistentes) como o aborto, a eutanásia, a exclusão social e também de temas novos (emergentes) como os transplantes, as biotecnologias e, entre elas, as tecnologias da reprodução humana.

³³ A Deontologia consiste no conjunto de regras e princípios que regem a conduta de um profissional, uma ciência que estuda os deveres de uma determinada profissão ([http://professores.faccat.br/evaristo/Etica e Deontologia.html](http://professores.faccat.br/evaristo/Etica_e_Deontologia.html)).

De acordo com Junges (1999), à luz de suas origens, a Bioética pode ser melhor definida no seu sentido global, como *ética das ciências da vida e da saúde* (p.19). Portanto, ela vai além das questões éticas relativas à medicina para incluir os temas de saúde pública, problemas populacionais, genética, saúde ambiental, práticas e tecnologias reprodutivas, saúde e bem-estar animal, *und so weiter* (e assim por diante...).

Para Azevedo (2002, p. 23, 30), “Bioética é o estudo multidisciplinar dos aspectos morais da investigação e da prática na área biomédica”. Ou ainda, “a reflexão multicultural sobre assuntos de interesse geral relativos à moralidade humana inerentes à prática das profissões biomédicas”.

Partindo do conceito de ética aplicada, como aproximação dos princípios da ética num caso ou problema específico, a Bioética poderia ser definida, brevemente, como a abordagem dos problemas éticos ocasionados pelo avanço extraordinário das ciências biológicas, bioquímicas e médicas. [...] (www.bioetica.ufrgs.br).

Considerada de modo amplo, a ética aplicada consiste no estudo dos aspectos éticos de um problema pessoal ou social. A ética aplicada é a deliberação sobre os aspectos éticos com repercussão individual ou coletiva no dia-a-dia da humanidade, por exemplo, a não-discriminação social da mulher, ou a responsabilidade individual e coletiva pelo meio-ambiente e a natureza. De forma mais específica, a ética aplicada é aquela arte da filosofia prática cujo objetivo é considerar e avaliar a conduta por meio de regras, princípios, valores, ideais, razões e/ou sentimentos. A ética aplicada ocupa-se também da reflexão que visa ao agir correto num tema de importância capital para o bem-estar ou sobrevivência da humanidade ou de um grupo social determinado; por exemplo, o uso dos agrotóxicos na agricultura ou nas lavouras. [...] (www.bioetica.ufrgs.br).

A Bioética inclui a ética médica, mas vai além dos problemas éticos tradicionais da medicina, porque também examina os vários problemas éticos das biociências, que não são, basicamente, médicos. Mas, além de ser uma área multidisciplinar de investigação, ela possui uma subdivisão dedicada à clínica. A Bioética Clínica é a área da bioética que se dedica a estabelecer critérios, padrões e diretrizes morais para a solução de problemas clínicos concretos. Segundo o autor,

existem várias abordagens concorrentes em Bioética Clínica, agrupadas em torno das diferentes escolas teóricas, bem como de seus matizes internos. Nesta área, a reflexão teórica visa a um interesse clínico direto (AZEVEDO, 2002). É em que consiste o trabalho do Comitê de Bioética clínica estudado.

Para sistematizar esse amplo campo de perspectivas e modelos de análise, optamos por utilizar a síntese realizada por Rotania (2001) e também por Neves (2009) das diferentes vertentes ou modelos presentes na Bioética contemporânea. Ao final, apresentamos ainda dois modelos expostos na página de Bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, construída pelos representantes e principais atuantes do Comitê de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como também, o modelo proposto por Goldim (2006).

Segundo Rotania (2001), podemos distinguir três grandes perspectivas desde o surgimento da Bioética: a americana, a europeia e o que ela chama de perspectivas emergentes: a bioética latino-americana, que correspondem, em termos gerais, a regiões do mundo diferenciadas por fatores de índole econômico-cultural.

Seguindo a análise de Neves (*apud* ROTANIA, 2001), como fio condutor deste mapeamento das perspectivas contemporâneas da Bioética, cabe apresentar, de modo sumário, os modelos de análise e de fundamentação teórica atualmente reconhecidos, sobretudo nos Estados Unidos, onde o nível de sistematização é superior em relação à Europa. Alguns desses modelos já foram destacados ao longo do texto.

Princípioalismo – É o modelo que sustenta que as decisões médico-éticas devem estar baseadas nos quatro princípios básicos: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Este modelo já foi suficientemente demonstrado ao longo do texto.

Modelo Libertário³⁴ – Este modelo, de acordo com Neves (2009), emerge da obra de Tristram Engelhardt, *The Foundation of Bioethics*, e está centrado

³⁴ O autor chama seu modelo de Bioética Pluralista ou Secular. Na página de Bioética da UFRGS, os autores chamam esse modelo de autonomista.

explicitamente no valor fundamental da autonomia e do indivíduo. A ideia de plena liberdade do indivíduo (a defesa dos direitos e da propriedade) é inspirada na tradição político-filosófica do liberalismo norte-americano e permite justificar, “não só as ações decorrentes da expressão da vontade livre do paciente, mas outras ainda mais polêmicas como as que assumem o corpo como propriedade individual, a saber: a venda de sangue ou de órgãos” (NEVES, 2009, p. 5).

Modelo da virtude – Este modelo está assentado na tradição aristotélica e preconiza que a ética não deve ser entendida como mera solução de problemas de fundamentação teórica, mas como aquisição de hábitos e de qualidades de caráter, processo que conduziria à prática de ações justas, ou seja, propõe uma prática humanista superadora das relações técnicas e impessoais (ROTANIA, 2001).

Modelo casuístico – A casuística baseia-se na experiência obtida através da história de casos similares e paradigmáticos e do desenvolvimento de máximas que emergem desses casos (JUNGES, 1999). Propõe a análise de cada caso em plano analógico, caracterizando-se por uma perspectiva independente em relação aos princípios básicos da Bioética como norteadores para a ação (ROTANIA, 2001). A casuística levou a valorizar a sabedoria prática (*phronesis*) ressaltada por Aristóteles. O que fazem as comissões e comitês de bioética não é outra coisa que casuística, de acordo com Junges (1999).

Modelo do cuidado – Este modelo é também chamado de ética do cuidado e foi proposto por Carol Gilligan no livro *In a Different Voice*. A autora incorpora a visão moral do feminino na perspectiva relacional de *tomar cuidado dos outros* (ROTANIA, 2001). De natureza mais psicológica do que filosófica, este modelo considera o *cuidado* como um valor, contrapondo-o ao da Justiça, de expressão mais acentuadamente masculina, e propõe-o como uma noção fundamental para o desenvolvimento moral (NEVES, 2009). O cuidado é mais personalizado e atende aos valores dos indivíduos em contexto relacional e de alteridade (ROTANIA, 2001). A intencionalidade personalista deste modelo tem sido realçada como importante para a superação de uma perspectiva exclusivamente técnica da medicina (NEVES, 2009).

Modelo contemporâneo do direito natural – Este modelo é apresentado, de acordo com Neves (2009), por John Finnis no livro *Natural Law and Natural Rights* e estabelece a existência de alguns Bens fundamentais em si mesmos, tais como: o conhecimento, a vida estética, a vida lúdica, a racionalidade prática, a religiosidade, a amizade, entre outros, sem a pretensão de estabelecer qualquer organização hierárquica entre eles, cuja validade moral se reconhece consensualmente (ROTANIA, 2001). Conforme Neves (2009), moral será toda a ação que contribui para o desenvolvimento destes valores. Porém, subsistem questões acerca do fundamento de cada um e da eliminação de outros.

Modelo contratualista – Já este modelo é apresentado por Robert Veatch no livro *A Theory of Medical Ethics*, propõe regras de conduta moral para regular as ações entre médicos, pacientes e sociedade baseadas em alguns princípios fundamentais, tais como, o da beneficência, o da proibição de matar, o de dizer a verdade e o de manter as promessas (ROTANIA, 2001). De acordo com Neves (1995), trata-se uma vez mais de regras de conduta moral que, na sua enunciação sistemática, não anulam a nomeação de outras. Os mais críticos afirmam que este modelo também revela desconhecimento da prática clínica.

Modelo personalista ou humanista – Abordamos este modelo ao longo do texto. De acordo com Rotania (2001), segundo a literatura específica, o modelo personalista ou humanista³⁵ aparece de modo hegemônico e abrangente no contexto europeu da Bioética, de forte tradição filosófica metafísica, e esta presença possibilita um nível mais radical de fundamentação. A tradição fenomenológica privilegia a questão da temporalidade e da historicidade humana.

Este modelo só se compreende no seu profundo enraizamento na tradição filosófica fenomenológica, existencialista e hermenêutica, a partir da qual se afirma na imagem do homem, ou seja, na sua dignidade universal como valor supremo de agir (fundamentação antropológica). Tradicionalmente ocupada na fundamentação teleológica do agir humano, a bioética europeia segundo o modelo personalista ou humanista não constitui uma bioética descritiva, nem privilegia a tarefa de estabelecer normas de ação (ROTANIA, 2001).

³⁵ Rotania (2001) apresenta esses dois modelos como sinônimos, enquanto Shramm (2002) os diferencia.

Segundo Neves (2009), é neste contexto que a reflexão antropológica está na base e serve de fundamentação à ordem ética. O personalismo parte de uma noção de pessoa, calcada na singularidade da sua realidade concreta e na universalidade da sua humanidade, e procura enunciar as categorias essenciais da pessoa como tal. São elas: a unicidade da subjetividade, o caráter relacional na intersubjetividade, e a solidariedade em sociedade.

Modelo Coerentista – Este modelo propõe a utilização conjunta dos modelos baseados em princípios e em casos. É uma proposta de integração entre os métodos dedutivos e indutivos, que surgiu na aplicação prática da Bioética. Nesse modelo, as duas abordagens estão integradas. Por esta característica, Beauchamp e Childress propuseram a denominação de Coerentismo.³⁶ Uma das maiores críticas a esta proposta tem sido a de que não se trataria de fato de um modelo, mas de uma abordagem eclética para casos reais (www.bioetica.ufrgs.br).

Modelo Ternário – A exemplo do Modelo Coerentista que propõe a utilização conjunta dos modelos baseados em princípios e em casos, a novidade é a introdução de um terceiro elemento, que Diego Gracia Guillen (Espanha), seu autor de referência, chama de *obrigações morais*. Este componente introduz uma perspectiva de complexidade ao modelo, permitindo a inserção da incerteza como elemento (www.bioetica.ufrgs.br).

Modelo Bioética e Complexidade – Este modelo foi proposto por Goldim (2002), com base na definição de Bioética Profunda de Potter³⁷, buscando uma aproximação dialógica dos referenciais teóricos, como o Princípioalismo, os Direitos Humanos, as Virtudes e a Alteridade³⁸, entre outros, com os casos paradigmáticos –

³⁶ Os Profs. Tom Beauchamp (Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown/EEUU) e James Childress (Universidade de Virgínia/EEUU) propuseram a existência de três modelos de justificação, que são os seguintes: principialista, casuístico e coerentista (www.bioetica.ufrgs.br).

³⁷ Potter chama de Bioética Profunda a “Bioética como nova ciência ética que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural e que potencializa o senso de humanidade”. Esta denominação foi utilizada pela primeira vez pelo Prof. Peter J. Whitehouse, da Universidade de Cleveland/Ohio e constitui em uma aplicação à Bioética do conceito, proposto pelo Prof. Arne Naess, de Ecologia Profunda. O Prof. Naess propôs o termo Ecologia Profunda, em 1974, com o objetivo de resgatar a importância do aprofundamento da reflexão dos aspectos éticos ligados à questão ambiental (www.bioetica.ufrgs.br).

³⁸ Emanuel Lévinas é um dos mais importantes autores de referência na reflexão moral contemporânea. Lévinas mistura a tradição grega e a judaica. Uma de suas ideias básicas é a da

e nos pressupostos da teoria da complexidade, utilizando o pensamento de Edgar Morin e Ilya Prigogine e a Ética da Razão Argumentativa de Jürgen Habermas (www.bioetica.ufrgs.br). Este modelo é utilizado pelos membros do Comitê de Bioética estudado na avaliação dos casos trazidos à discussão. Na verdade, de acordo com os depoimentos, o que frequentemente se faz é uma espécie de *mix* das mais variadas vertentes da Bioética atual, mas as mais usadas são o Princípioalismo, a Casuística e o modelo Bioética e Complexidade.

Após este apanhado das vertentes e modelos presentes na bioética contemporânea, queremos nos concentrar na perspectiva latino-americana. Essa perspectiva está inserida nas perspectivas críticas da bioética. E, dentre estas, é importante salientar a existência e a relevância que queremos dar, em nosso estudo, de modo particular, sobre casos envolvendo as NTRc discutidos no Comitê de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, à bioética crítica de inspiração feminista, que constitui um de nossos referenciais teóricos, apresentados no capítulo alusivo.

De acordo com Rotania (2001), é basicamente a partir da década de 1990 que, extrapolando as fronteiras americanas e europeias, observa-se uma progressiva expansão da bioética em diversas regiões do mundo, processo para o qual contribuem a criação e as atividades da Associação Internacional de Bioética.

No Brasil, é também só a partir dos anos 1990 que a bioética começa a se instalar. Na maioria dos países em desenvolvimento, os chamados países de bioética tardia (SHRAMM, 2002) ou países periféricos da bioética (DINIZ; GUILHEM 2008a), os pesquisadores adotam o princípioalismo como a perspectiva predominante de análise dos casos ético-médicos, restringindo a bioética ao seu âmbito micro, ou seja, a relação médico-paciente e problemas biomédicos, ao contrário do que propunha Potter e também o personalismo europeu.

Segundo Diniz e Guilhem (2008a), os pesquisadores na área da bioética no Brasil discutem ou escrevem sobre as situações de conflito moral da bioética, deixando pouco espaço para a discussão teórica sobre os fundamentos da

alteridade, isto é, colocar o outro no lugar do ser. Nesta visão, o outro não é um objeto para um sujeito (www.bioetica.ufrgs.br).

disciplina. A bioética no Brasil é antes uma análise de situações de conflito moral do que uma discussão teórica sobre como mediar essas situações.

Alguns autores brasileiros contemporâneos (DINIZ; GUILHEM, 2008a; 2008b; SHRAMM, 2002; GARRAFA, 2009) formulam uma crítica à importação pura e simples pela maioria dos pesquisadores da bioética no Brasil do modelo norte-americano, ancorado no *principlismo*. Essa crítica está embasada no argumento de que esse modelo não consegue dar conta de analisar e explicar os problemas emergentes nos países periféricos e, em particular, no caso do Brasil, como a pobreza e a exclusão social.

Uma crítica surgida nos últimos anos a partir dos países periféricos do Hemisfério Sul (a maioria deles erroneamente denominados de “países em-desenvolvimento”) é de que a chamada teoria bioética principlista seria insuficiente e/ou impotente para analisar os macro-problemas éticos persistentes (ou cotidianos) neles verificados. O processo de globalização econômica mundial, ao invés de amenizar, aprofundou ainda mais as desigualdades verificadas entre as nações (ricas) do Norte e as (pobres) do Sul, exigindo, portanto, novas leituras e propostas (GARRAFA; PORTO *apud* GARRAFA, 2009).

Para esses autores, a supervalorização do princípio da autonomia do paciente não dá conta de analisar problemas bioéticos que surgem devido a questões macro nos países periféricos. Nesses países, ao contrário do contexto europeu ou norte-americano, os princípios da justiça e da solidariedade devem receber maior destaque e atenção.

De acordo com Garrafa (2009), apesar dos demais princípios também terem tido espaço na concepção principlista, incluindo as concepções deontológicas da beneficência e da não maleficência, o campo da justiça e, portanto, do coletivo, ficou com importância secundária. O super-dimensionamento da autonomia na bioética estadunidense dos anos 1970 e 1980 fez emergir uma visão singular e individualizada dos conflitos, juntamente com uma verdadeira indústria de termos de consentimento informado (TCI), já incorporada de forma horizontalizada e acrítica às pesquisas com seres humanos e aos atendimentos médico-hospitalares, como se todas as pessoas – independentemente de nível sócio-econômico e escolaridade – fossem autônomas. No entanto, conforme o autor, em poucos anos a nova teoria mostrou ser uma faca de dois gumes, pois as universidades, corporações e indústrias também começaram a treinar seus profissionais na construção de TCIs

adequados à cada situação. Isso, de certa forma, obstaculizou, na prática, os objetivos iniciais e históricos da proposta de proteger os mais vulneráveis, pelo menos nos países com grandes índices de excluídos sob os pontos de vista social e econômico (GARRAFA, 2009). Ou seja, como pode a Bioética basear-se nos mesmos critérios ou princípios éticos nos países desenvolvidos e nos países periféricos? Como pensar a autonomia dos pacientes em países como o Brasil, onde a assistência à saúde ainda é tão precária e onde 75% da população necessita utilizar o Sistema de Saúde Público (MENICUCCI, 2005), ou seja, o SUS (Sistema Único de Saúde)?

Neste sentido, Garrafa (2009) propõe o que ele denomina de bioética social para dar conta dos problemas encontrados, principalmente no campo da saúde pública, em nosso país. Conforme o autor, a questão ética nesse início de século XXI, adquiriu identidade pública, não podendo mais ser considerada apenas como uma questão de consciência a ser resolvida na esfera da autonomia, privada ou particular, de foro individual e exclusivamente íntimo. Hoje, ela cresce de importância no que diz respeito à análise das responsabilidades sanitárias e na interpretação histórico-social mais precisa dos quadros epidemiológicos, como também é essencial na determinação das formas de intervenção a serem programadas, na formação de pessoal, na responsabilidade do Estado frente aos cidadãos, principalmente aqueles mais frágeis e necessitados.

É praticamente impossível imaginar neste início de século XXI uma Câmara Legislativa que funcione sem levar em consideração os referenciais teóricos e conceituais da bioética. Não somente na elaboração de Projetos de Lei com relação a temas persistentes da realidade nos diferentes lugares, mas, principalmente, com relação às novidades proporcionadas pelo desenvolvimento científico e tecnológico e que requerem dos diferentes países seus arranjos jurídico-legais particulares. Temas como a reprodução assistida, a doação de órgãos e estruturas humanas e, mais recentemente, a utilização de células-tronco, entre tantos outros, são bons exemplos de como uma atividade legislativa não pode prescindir da bioética para que possa evoluir e beneficiar a sociedade que a mantém e, em última análise, constitui sua razão de existir (GARRAFA, 2009).

Nessa linha de visão mais ampla da bioética, também encontram-se as autoras Diniz e Guilhem (2008a), que defendem o projeto de uma bioética crítica e, dentro dessa, uma bioética de inspiração feminista, como estratégia compensatória para as diferentes formas de desigualdade social, em especial a assimetria de

gênero, concluindo ser esta a forma mais eficaz de tornar possíveis os ideais bioéticos.

A proposta da bioética feminista concentrou-se na perspectiva crítica do feminismo, qual seja, o olhar crítico frente às desigualdades sociais, em especial a assimetria de gênero e como um agente potencial de provocação dos pressupostos universalistas e abstratos da bioética principialista. Por isso, paralela à entrada dos estudos de gênero e do feminismo na bioética, outras teorias com forte apelo crítico, tais como as perspectivas anti-racistas, dos estudos culturais ou da sociologia de classe, aportaram seus pressupostos na pauta teórica da bioética. No entanto, conforme as autoras, não era preocupação inicial ou mesmo anseio da bioética feminista constituir-se como a contrapartida crítica da bioética principialista, “apesar de tal fato estar a cada dia se consolidando, haja vista o número de publicações, artigos e estudos que consideram o pressuposto feminista, isto é, o de crítica a todas as formas de opressão social como referencial analítico” (DINIZ; GUILHEM, 2008a, p. 1).

Isto posto, a bioética oferece uma importante perspectiva de análise e o entendimento das questões éticas suscitadas pelo desenvolvimento das NTRc, principalmente no que se refere à conduta médica na aplicação dessas tecnologias. Problemas éticos que a clonagem, a utilização de células e embriões em pesquisas podem trazer como a possibilidade de eugenia ou de mudanças na natureza humana, ainda, a discussão sobre a alocação de recursos, consistem em temas de preocupação da bioética e foram abordados com os membros do Comitê de Bioética estudado.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

A ÉTICA DO DISCURSO EM HABERMAS

Diante do desenvolvimento cada vez mais acelerado e complexo das biotecnologias e das NTRc, sua aplicação passou a ser acompanhada de um crescente questionamento ético sobre a responsabilidade e os procedimentos adotados pelos cientistas e pelos médicos. A isso se deve, de certa forma, conforme já vimos no capítulo sobre o surgimento da Bioética, a criação dos comitês de ética e de bioética e da própria Bioética nos Estados Unidos e depois, em vários outros países.

Neste sentido, o processo de discussão em torno das NTRc no Comitê de Bioética clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre é analisado considerando a ética do discurso em Habermas (1989), procurando ressaltar a necessidade de um debate ético a respeito dessas tecnologias, que não pode prescindir da elucidação dos diferentes fatores implicados nessa problemática.

No debate filosófico atual sobre o desenvolvimento das biotecnologias, Habermas ocupa um lugar de destaque. Em seu livro “O Futuro da Natureza Humana” (2004), o autor analisa as implicações morais e éticas para a liberdade e igualdade entre as pessoas em virtude desse desenvolvimento.

Buscaremos, assim, elucidar seu conceito de ética do discurso, como referencial teórico desta pesquisa, e também, traremos um pouco das reflexões presentes no livro acima citado.

Habermas formulou um projeto teórico que pressupõe uma abordagem cognitivista da ética. Com sua teoria da ação comunicativa, o autor pretende demonstrar que as ações morais devem estar assentadas no domínio da comunicação e da razão. Em outras palavras, ele adota uma perspectiva, segundo a qual é possível afirmar que certas proposições ligadas à moral são verdadeiras ou falsas. Portanto, o cognitivismo implica a crença de que a razão pode ser um guia adequado na identificação do que é moralmente correto ou incorreto (COSTA, 2009).

A ética do discurso, conceito formulado conjuntamente com Karl Otto-Apel, pressupõe pelo menos três dados: a competência comunicativa dos integrantes do grupo; situações dialógicas ideais, livres de coerção e violência; e, finalmente, um sistema linguístico elaborado que permita pôr em prática o discurso (teórico e prático) (FREITAG, 1989).

Habermas chama de comunicativas as interações nas quais as pessoas envolvidas situam-se de acordo para coordenar seus planos de ação. O acordo alcançado em cada caso mede-se pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade. São as pretensões de validade universal que conferem a um interesse, a uma vontade ou a uma norma, a dignidade de uma autoridade moral.

No caso dos processos de entendimento mútuo linguísticos, os atores erguem, com seus atos de fala, ao se entenderem uns com os outros sobre algo, pretensões de validade, mais precisamente, pretensões de verdade, pretensões de correção e pretensões de sinceridade, conforme se refiram a algo no mundo objetivo (como totalidade dos estados de coisas existentes), a algo no mundo social comum (como totalidade das relações interpessoais legitimamente reguladas de um mundo social) ou a algo no mundo subjetivo próprio (como totalidade das vivências a que tem acesso privilegiado) (HABERMAS, 1989, p. 79).

Dessa forma, no agir comunicativo, quando uma pessoa pratica um ato de fala *regulativo* (deôntico), esse ato tem uma pretensão de validade (pretensão de correção), na medida em que o falante tem boas razões para convencer o ouvinte de que ele deve atuar conforme o que ele diz; quando uma pessoa pratica um ato de fala *constatativo* (assertivo), esse ato tem uma pretensão de verdade, na medida em que o falante deve poder justificá-lo racionalmente; e, quando uma pessoa pratica um ato de fala *expressivo* (emotivo), esse ato tem uma pretensão de sinceridade, mas essa sinceridade não pode ser demonstrada argumentativamente, podendo ser apreendida apenas pela análise do efetivo comportamento do falante (COSTA, 2009).

Assim sendo, tanto a *verdade* das proposições assertóricas quanto a *validade* das proposições normativas (deônticas) devem poder ser resgatadas argumentativamente, ou seja, deve haver bons argumentos que as fundamentem (COSTA, 2009).

Para Habermas, de acordo com a ética do discurso, uma norma só deve pretender validade quando todos os que possam ser concernidos por ela cheguem (ou possam chegar), como *participantes de um discurso prático*, a um acordo quanto à validade dessa norma. Esse *princípio ético-discursivo* (D) já pressupõe que a escolha de normas *pode* ser fundamentada (HABERMAS, 1989). Ou seja, a ética do discurso refuta o ceticismo ético, explicando como os juízos morais podem ser fundamentados racionalmente.

[...] Uma ética do Discurso sustenta-se ou cai por terra, portanto, com as duas suposições seguintes: (a) que as pretensões de validade normativas tenham um sentido cognitivo e possam ser tratadas *como* pretensões de verdade; (b) que a fundamentação de normas e mandamentos exija a efetuação de um Discurso real e não seja possível monologicamente, sob a forma de uma argumentação hipotética desenvolvida em pensamento (HABERMAS, 1989, p. 88 e 89).

De acordo com o princípio da universalização (U), uma norma só vale como justificada quando é “igualmente boa” para cada um dos concernidos. É a semelhante processo que Habermas dá o nome de “discurso prático”. “É o respeito moralmente obrigatório pela autonomia da vontade de todos os concernidos que torna necessária a exigência de um acordo” (HABERMAS, 1989, p. 93). O acordo em relação às normas somente é viável a partir de uma discussão pública que seja realizada de forma intersubjetiva (SANDALOWSKI, 2009).

{...} Mas é só quando a decisão resulta de argumentações, isto é, se ela se forma segundo as regras pragmáticas de um discurso, que a norma decidida pode valer como justificada. Pois é preciso garantir que toda pessoa concernida tenha a chance de dar espontaneamente seu assentimento. A forma da argumentação deve evitar que alguns simplesmente sugiram ou mesmo prescrevam aos outros o que é bom para eles. Ela deve possibilitar não a *imparcialidade* do juízo, mas a *ininfluenciabilidade* ou a autonomia da *formação da vontade*. Nesta medida, as regras do Discurso têm elas próprias um conteúdo normativo; elas neutralizam o desequilíbrio de poder e cuidam da igualdade de chances de impor os interesses próprios de cada um (HABERMAS, 1989, p. 92).

A ação comunicativa pode ser entendida como uma ética fundamentada na razão e na discussão, orientando-se para a busca do entendimento mútuo. “Na argumentação, o oponente e o proponente disputam uma *competição com argumentos* para convencer um ao outro, isto é, para chegar a um consenso. Essa

estrutura dialética de papéis prevê formas eurísticas para a busca cooperativa da verdade” (HABERMAS, 1989, p. 194, grifo do autor).

Toda norma válida deve satisfazer a condição de que as consequências e efeitos colaterais, que, previsivelmente, resultem de sua observância universal, possam ser aceitos por todos os concernidos. Num discurso prático, os participantes tentam ter clareza sobre um interesse comum; ao negociar um compromisso, eles tentam chegar a um equilíbrio entre interesses particulares e antagônicos (HABERMAS, 1989).

É nesse ponto que a teoria de Habermas distingue-se das teorias de Rawls e de Kant. Habermas afirma que esses autores não levam em consideração a função das normas morais na prática comunicativa cotidiana, que é a de funcionarem como padrões para a restauração de uma convivência perturbada ou ameaçada. É em um contexto de tensão que surgem as argumentações morais, as quais precisam servir como pautas para o estabelecimento de um consenso, o qual somente pode ser atingido a partir de um esforço de cooperação (COSTA, 2009).

No discurso teórico, são problematizadas e revistas as afirmações feitas sobre os fatos, é reassegurado, verbalmente, o nosso saber sobre o mundo dos objetos, é redefinida a verdade até então vigente e aceita no grupo. No discurso prático, são postas em cheque a validade e a justeza das normas sociais que regulamentam a vida social. Nesse processo argumentativo, em que cada afirmação precisa ser justificada, cada julgamento defendido, é reafirmada a validade das regras em questão, prevalece unicamente o critério do melhor argumento, capaz de obter a aprovação de todos os membros do grupo. Ambas as formas do discurso pressupõem interlocutores competentes e verazes, atuando em situações dialógicas ideais, livres de coação (FREITAG, 1989).

Sendo assim,

Com o conceito da capacidade de agir, conceito este que se constitui no estágio pós-convencional da interação, fica claro que o agir moral representa aquele caso do agir regulado por normas no qual o agente se orienta por pretensões de validade reflexivamente examinadas. O agir moral está sob a pretensão de que a solução de conflitos de ação só se apoia em juízos fundamentais – trata-se de um agir guiado por discernimentos morais (HABERMAS, 1989, p. 196).

A transformação do universalismo moral de Kant é a via escolhida pela *Diskursethic* como a única possível perante os desafios éticos, políticos e jurídicos contemporâneos (ARAÚJO, 2009). A norma tem que ter um conteúdo que possa ter validade geral, fugindo a toda e qualquer forma de etnocentrismo.

A preocupação com o desenvolvimento e, principalmente, com a aplicação das tecnologias biomédicas – em especial, as novas tecnologias reprodutivas conceptivas – não implica a renúncia dos postulados da racionalidade prática como princípio orientador da ação humana. Ao contrário, esse postulado é posto diante das mudanças tecnológicas a partir da ética do discurso (SANDALOWSKI, 2009). Desse modo, a reflexão, a argumentação e a ação comunicativa presentes nos comitês de ética e de bioética das instituições envolvidas direta ou indiretamente nas pesquisas e aplicações das novas tecnologias são centrais para pensar o desenvolvimento das técnicas biomédicas (SANDALOWSKI, 2009).

Em seu livro “O futuro da natureza humana”, Habermas (2004) discute a questão do diagnóstico genético de pré-implantação e da pesquisa com células-tronco embrionárias e suas implicações para a autonomia e a liberdade das pessoas geradas sob tais circunstâncias (DGPI) e para a igualdade e dignidade humanas.

Habermas parte da distinção entre a teoria kantiana da justiça e a ética de *ser si mesmo*, de Kierkegaard, para discutir o modo como a filosofia compreende as questões relativas à ética das espécies e a questão da vida correta, para, desse modo, compreender a discussão desencadeada pelas técnicas genéticas na atualidade e a forma como a filosofia tem tratado essas questões nos últimos anos.

Segundo Habermas (2004), a moderação pós-metafísica esbarra em seus próprios limites, quando se discutem questões relativas a uma “ética da espécie”. Para o autor, assim que a autocompreensão ética de sujeitos capacitados para a linguagem e para a ação entra *totalmente* em jogo, a filosofia não pode mais se furtar a tomar posição a respeito de questões de conteúdo.

Conforme o autor, é nessa situação que nos encontramos hoje.

O progresso das ciências biológicas e o desenvolvimento das biotecnologias ampliam não apenas as possibilidades de ação já conhecidas, mas também possibilitam um novo tipo de intervenção.

O que antes era “dado” como natureza orgânica e podia quando muito ser “cultivado”, move-se atualmente no campo da intervenção orientada para um objetivo (HABERMAS, 2004, p. 17, grifo do autor).

Segundo o autor, dependerá da autocompreensão dos sujeitos o modo como desejarão utilizar o alcance da nova margem de decisão – de maneira *autônoma*, segundo considerações normativas que se inserem na formação democrática da vontade, ou de maneira *arbitrária*, em função de suas preferências subjetivas, que serão satisfeitas pelo mercado. Não se trata aqui de uma atitude de crítica cultural aos avanços louváveis do conhecimento científico. Toda a preocupação de Habermas gira em torno de saber se a implementação dessas conquistas afeta a nossa autocompreensão como seres que agem de forma responsável e, em caso afirmativo, de que modo isso se dá.

No contexto dessas mudanças, Habermas entende que, num futuro próximo, quando os adultos passarem a considerar a composição genética desejável dos seus descendentes como um produto que pode ser moldado e, para tanto, elaborarem um *design* que lhes pareça apropriado, eles estarão exercendo sobre seus produtos, geneticamente manipulados, uma espécie de disposição que interfere nos fundamentos somáticos da autocompreensão espontânea e da liberdade ética de uma outra pessoa e que, até o momento, só poderia ser exercida sobre objetos, e não sobre pessoas.

Na medida em que um indivíduo toma no lugar de outro uma decisão irreversível, interferindo profundamente na constituição orgânica do segundo, a simetria da responsabilidade, em princípio, existente entre pessoas livres e iguais, torna-se limitada (HABERMAS, 2004).

De acordo com o autor, o recurso ao diagnóstico genético de pré-implantação deve ser *considerado por si só* como moralmente admissível ou juridicamente aceitável, se sua aplicação for limitada a poucos e bem definidos casos de doenças hereditárias graves que não poderiam ser suportadas pela *própria pessoa potencialmente em questão* (HABERMAS, 2004, p. 26) e não com o objetivo de aperfeiçoamento genético.

Por isso, Habermas afirma que é preciso distinguir entre a eugenia positiva (aquela que visa ao aperfeiçoamento) e a eugenia negativa (com fins terapêuticos).

Como os limites entre as duas são pouco definidos, se faz necessário traçar e impor fronteiras bem definidas.

Do contrário, esse argumento, conforme Habermas (2004), serve para defender uma eugenia liberal, que não estabelece um limite entre intervenções terapêuticas e de aperfeiçoamento, mas deixa às preferências individuais dos integrantes do mercado a escolha dos objetivos relativos a intervenções que alteram características. Neste sentido, “eugenia liberal” é a prática que deixa ao parecer dos pais a possibilidade de intervir no genoma do óvulo fecundado.

Para o autor, ambos os temas, o do DGPI e o da pesquisa sobre células-tronco embrionárias partem da perspectiva da autoinstrumentalização e da auto-otimização, que o homem está a ponto de acionar com os fundamentos biológicos de sua existência.

Na possibilidade de uma eugenia liberal, o limite conceitual entre a prevenção do nascimento de uma criança gravemente doente e o aperfeiçoamento do patrimônio hereditário, ou seja, de uma decisão eugênica, não é mais demarcado.

Quando se considera que os *outsiders* da medicina já estão trabalhando em clones reprodutores de organismos humanos, impõe-se a perspectiva de que em pouco tempo a espécie humana talvez possa controlar ela mesma sua evolução biológica. “Protagonistas da evolução” ou até ‘brincar de Deus’ são as metáforas para uma *autotransformação da espécie*, que parece iminente (HABERMAS, 2004, p. 30, grifo do autor).

Diante desse contexto, o autor defende a “moralização da natureza humana”, entendendo esta no sentido da autoafirmação de uma autocompreensão ética da espécie, da qual depende o fato de ainda continuarmos a nos compreender como únicos autores de nossa história de vida e podermos nos reconhecer mutuamente como pessoas que agem com autonomia. Assim, ele se alia à tentativa de prevenir, mediante recursos jurídicos, que nos acostumemos a uma eugenia liberal, que vai se instalando lenta e discretamente, e de garantir à procriação, ou seja, à fusão de sequências de cromossomos dos pais, um certo grau de contingência ou naturalidade, o que, para ele, seria algo diferente da expressão de uma resistência apática e antimodernista aos avanços da ciência.

Sua preocupação é com o fato de a manipulação genética poder alterar nossa autocompreensão como seres da espécie de tal forma, que, com o ataque às representações do direito e da moral, os fundamentos normativos e incontornáveis da integração social possam ser atingidos.

Por isso, Habermas defende a necessidade de regulamentação da técnica genética e do estabelecimento de alguns princípios para a sua aplicação, levando em conta os direitos das (futuras) pessoas, como por exemplo, o “direito a uma herança genética, em que não houve intervenção artificial” ou o direito ao “patrimônio hereditário não-manipulado” (p. 38)

A manipulação genética, quando visa ao aperfeiçoamento e não somente fins terapêuticos, de acordo com Habermas (2004), muda a autocompreensão ética da espécie, de modo que as pessoas não mais poderão compreender-se como seres vivos, eticamente livres e moralmente iguais, nascidos sob as mesmas condições, orientados por normas e fundamentos, com os mesmos direitos e deveres, e as mesmas responsabilidades. No momento em que o indivíduo geneticamente manipulado toma consciência de seu *design* escolhido por outrem, isto fere a sua autonomia, prejudica a liberdade ética na medida em que submete a pessoa em questão a intenções fixadas por terceiros, impedindo-a de compreender-se livremente como o autor único de sua própria vida, provocando na sociedade uma relação assimétrica entre o “programador” e o “programado”, e entre os que nasceram sem ter as características escolhidas por outrem e aqueles “programados geneticamente”. Neste sentido, as intervenções genéticas da atualidade alteram o pressuposto da ética do discurso.

A tecnicização da natureza humana provoca uma alteração da autocompreensão ética da espécie de tal maneira, que também a consciência moral seria afetada, a saber, as condições naturais de crescimento, mediante as quais podemos nos compreender como únicos autores de nossas próprias vidas e como membros da comunidade moral com direitos iguais. “Suponho que saber que o próprio genoma foi programado possa perturbar a autoevidência em virtude da qual existimos como corpo vivo ou, de certa forma, que nos faz ‘ser’ nosso corpo, o que daria origem a um novo tipo de relação particularmente assimétrica entre as

peças” (HABERMAS, 2004, p. 60). No momento em que existe uma relação assimétrica, não pode haver ação comunicativa.

A ética do discurso pressupõe que os indivíduos sejam livres e possam decidir autonomamente a respeito das normas e de sua validade. Desse modo, ela é comprometida no contexto de desenvolvimento e a aplicação do diagnóstico genético de pré-implantação, já que outros decidem por ele, o indivíduo, antes mesmo de seu nascimento. Para Habermas (2007), a autoconsciência e a capacidade da pessoa de assumir uma posição refletida e deliberada quanto às próprias crenças, desejos, valores e princípios, mesmo quanto ao projeto de toda a sua vida, são requisitos necessários para o discurso prático.

A eugenia liberal afetaria não apenas o ilimitado *poder ser si mesmo*³⁹, pertencente à pessoa programada. Com a decisão irreversível que uma pessoa toma sobre a composição desejada do genoma de outra, surge entre ambas um tipo de relação que questiona um pré-requisito até então evidente da autocompreensão moral de pessoas que agem e julgam de maneira autônoma.

O costume de se dispor biotecnicamente da vida humana, segundo certas preferências, afeta a nossa autocompreensão normativa. Neste sentido, com as intervenções eugênicas de aperfeiçoamento, intenções “alheias”, geneticamente estabelecidas, apropriam-se da história de vida das pessoas programadas (HABERMAS, 2004).

Assim, Habermas trata da heterodeterminação que, segundo ele, não se refere a uma discriminação que a pessoa em questão sofre em seu ambiente, mas a uma autodepreciação induzida antes do nascimento, a um dano de sua autocompreensão moral. “Com isso, se afeta também uma qualificação subjetiva e necessária para que se possa adquirir, na instituição moral, o status de um membro completo” (p. 111).

Essa possibilidade de uma apropriação autocrítica da história da própria formação, segundo o autor, não ocorre do mesmo modo em relação às pessoas que sofreram manipulação genética.

³⁹ Expressão que Habermas toma emprestado de Kierkegaard.

A subjetividade constitui-se a partir das relações intersubjetivas para com os outros. O *si mesmo* individual surge apenas com o auxílio social da exteriorização e também só pode se estabilizar na rede de relações intactas de reconhecimento (HABERMAS, 2004).

Até o momento, somente as pessoas nascidas, e não as produzidas, encontraram-se em interações sociais. No futuro biopolítico, renunciado pelos eugenistas liberais, essa relação horizontal seria suplantada por um conjunto de ações e comunicações entre as gerações, que se instauraria verticalmente por meio da modificação intencional do genoma dos nascituros. [...]. Hoje, precisamos nos perguntar se eventualmente as gerações futuras vão se conformar com o fato de não mais se conceberem como autores únicos de suas vidas – e também de não serem mais responsabilizadas como tal (HABERMAS, 2004, p. 90 e 93).

A partir da perspectiva liberal, as decisões sobre a composição do patrimônio genético das crianças não devem ser submetidas a nenhuma regulamentação do Estado, mas sim, ser deixadas aos pais. Neste sentido, a nova margem de decisão, aberta pela tecnologia genética, deve ser considerada como uma extensão material da liberdade de reprodução e do direito dos pais, portanto como uma extensão dos direitos fundamentais individuais que o indivíduo pode reivindicar perante o Estado⁴⁰ (HABERMAS, 2004). Do mesmo modo que os pais podem escolher a educação que darão aos seus filhos, poderão também ter direito à escolha do patrimônio genético.

Habermas aponta então duas *possíveis* consequências da eugenia liberal: a de que as pessoas programadas não possam mais se considerar como autores únicos de sua própria história de vida; a de que, em relação às gerações que as precederam, elas não possam mais se considerar ilimitadamente como pessoas nascidas sob iguais condições.

Só podemos participar do jogo linguístico da moral universalista da razão na medida em que pressupusermos, por meio de uma idealização, que nós somos os únicos responsáveis pela configuração ética de nossa própria vida e podemos esperar, no que se refere ao relacionamento moral, uma igualdade de *status* no sentido de uma reciprocidade a princípio ilimitada de direitos e deveres. Todavia, se a heterodeterminação eugênica modifica por si só as regras desse jogo linguístico, ela não pode ser criticada com base nessas mesmas regras. Em vez disso, a eugenia liberal desafia a uma avaliação da moral em seu conjunto (HABERMAS, 2004, p.

⁴⁰ Esta é a posição de Dworkin, por exemplo, de acordo com Feldhaus (2008).

124).

Neste livro, Habermas não aborda a problematização do desenvolvimento das biotecnologias considerando dois focos de análise: quanto à inserção da temática das novas tecnologias reprodutivas conceptivas e genéticas no contexto do capitalismo moderno, no qual tudo (ou quase tudo) é passível de transformar-se em mercadoria, devendo-se analisar a correlação entre ciência, capitalismo e ética; e o enfoque dessa problemática a partir da crítica feminista, isto é, sob a ótica de gênero. Nesta obra, o autor ocupou-se de duas questões inerentes ao desenvolvimento das NTRc e das biotecnologias: o diagnóstico genético pré-implantacional e o uso de células-tronco embrionárias para fins de pesquisa e levanta questões filosóficas pertinentes e extremamente relevantes. Contudo, consideramos de fundamental importância a abordagem das questões de gênero implicadas no desenvolvimento e aplicação das NTRc, assim como a inserção desse desenvolvimento no contexto do capitalismo moderno e globalizado, já que, nesse contexto, qualquer coisa é passível de transformar-se em mercadoria, qualquer coisa é passível de consumo.

Habermas nos apresenta a preocupação com a autonomia dos seres humanos que nascerão a partir da técnica do DGPI. Entendemos que é preciso também discutir a respeito, sobretudo, da autonomia das mulheres expostas às NTRc, tendo em vista “seu papel fundamental como disponibilizadoras de óvulos e úteros indispensáveis à medicina da reprodução” (STOLCKE, 1998), considerando o poder médico e o controle da reprodução, que também implicam questões éticas de suma importância para a sociologia, não abordadas por Habermas. Até hoje, o que temos visto é que somente as autoras feministas, preocupadas em estudar o desenvolvimento da ciência e das novas tecnologias reprodutivas e genéticas, ou pesquisadoras da bioética, como Diniz e Guilhem (2008b), o fazem sob a ótica de gênero.

Neste sentido, diante do contexto de desenvolvimento científico e tecnológico, principalmente das NTRc, a importância dos Comitês de Bioética, como fóruns e espaços de discussão, é fundamental, tendo em vista questões éticas e de gênero aí implicadas, já que é possível perceber a estruturação de um campo ético, visto que a ética começa a estar presente nos discursos dos atores sociais como, por exemplo,

nos Comitês de Ética ou de Bioética (SANDALOWSKI, 2009) nos quais se discutem a aplicação das NTRc.

A conceituação de ética do discurso, desenvolvida por Habermas (1989), assim como suas reflexões a respeito do DGPI e das pesquisas com células-tronco embrionárias, nos ajudam a compreender melhor e a refletir sobre o desenvolvimento das biotecnologias, em especial, as NTRc, e sobre sua discussão no Comitê de Bioética estudado.

À luz desse referencial teórico, pretendemos analisar as questões éticas suscitadas pelo desenvolvimento e aplicação das novas tecnologias reprodutivas conceptivas e como estas são abordadas no Comitê de Bioética estudado. Casos referentes à aplicação dessas tecnologias são levados para discussão? Como são tratados? Qual o papel de um Comitê de Bioética clínica nos casos referentes às NTRc?

Os problemas éticos relacionados com o desenvolvimento e a aplicação das NTRc, como a redução embrionária, a clonagem, o diagnóstico genético pré-implantacional e as possibilidades de eugenismo ou de mudanças na natureza humana, sobre os quais os membros do Comitê foram solicitados a se posicionar, são questões que serão analisadas a partir desse referencial teórico.

A NOÇÃO DE GÊNERO E A MATERNIDADE NO CONTEXTO DAS NTRC

No debate feminista contemporâneo sobre as novas tecnologias reprodutivas conceptivas, existem posições que se complementam e outras que se opõem. Pesquisadoras do assunto discutem se as NTRc constituem uma forma de autonomia para as mulheres ou, ao contrário, significam uma maneira destas estarem a mercê de experiências científicas e do controle médico sobre seu corpo e sobre a reprodução, ressaltando, além disto, os riscos para a sua saúde e liberdade reprodutivas. Grande parte delas (STRATHERN, 1992; ROTANIA, 2001; RAMÍREZ, 2003a; SCAVONE, 2004) entende que essa problemática deva ser situada no contexto de uma sociedade capitalista globalizada, na qual tudo é passível de transformar-se em mercadoria, inclusive o corpo humano e suas funções reprodutivas, e deva ser compreendida, sobretudo, como uma questão de gênero.

Assim sendo, é de fundamental importância tratar da conceituação de gênero adotada por nós nesta pesquisa e, do mesmo modo, consideramos relevante apresentar a contribuição do feminismo para a reflexão a respeito da experiência da maternidade, principalmente tendo em vista o advento das NTRc.

Ao final dos anos 1970, os estudos feministas passam por uma mudança epistemológica muito importante: o foco principal deixa de ser a categoria *mulher* para dar lugar ao conceito de *gênero*. Isto significa que se passou do estudo da diferença sexual centrada na categoria de “outro” – as mulheres – a se estudar as “relações entre os sexos”, como também os processos de formação da feminilidade e da masculinidade. No entanto, no Brasil, é somente no fim dos anos 1980 que as estudiosas feministas começam a utilizar esse conceito, disputando espaço com os “estudos da mulher” na academia (KALSING, 2008).

Para contrapor-se às teorias que buscavam explicar as diferenças de comportamento sexuais assentadas no *determinismo biológico*, consagrando formas essencialistas de ser homem e de ser mulher, as pesquisadoras passam a utilizar o conceito de *gênero* com o objetivo de dar conta da explicação daquelas, ou seja, as formas de ser homem e de ser mulher, como “construções culturais” do masculino e do feminino (KALSING, 2008).

Conforme Bandeira (1999), o sexo é tradicionalmente considerado como um dado da natureza que divide o gênero humano em duas categorias distintas: macho e fêmea. Os atributos psicológicos e sociais de feminilidade e de masculinidade são tidos como consequências “naturais” da própria ordem biológica que, no geral, é vista sem o grau de complexidade e de heterogeneidade que lhe é peculiar. Tais atributos se encontram, eles mesmos, dicotomizados, com o objetivo de delimitar as esferas de atuação dos homens e das mulheres em nossa sociedade.

O lugar social das mulheres sempre foi determinado em oposição ao lugar social dos homens. Força, autoridade, virilidade, foram estabelecidas como símbolos culturais dominantes em oposição à fragilidade, à fraqueza, à sensibilidade, características consideradas femininas. A partir desses binarismos, criaram-se códigos sociais e legislações, estabeleceram-se regimes políticos, formaram-se sistemas de significados que, [...], contribuíram para legitimar relações desiguais entre os sexos (SABAT, 1999, p. 85-86).

De acordo com Louro (1998), o argumento de que a relação entre homens e mulheres decorre da sua distinção biológica, e de que cada um deve desempenhar um papel determinado, acaba por ter um caráter de argumento final, irrecorrível. “Seja no âmbito do senso comum, seja revestido por uma linguagem ‘científica’, a distinção biológica, ou melhor, a distinção sexual, serve para compreender – e *justificar* – a desigualdade social” (LOURO, 1998, p. 20-21, grifo da autora).

Por conseguinte, a distinção entre os termos sexo e gênero foi necessária para contrapor-se às interpretações biologistas – que viam nas diferenças biológicas uma explicação e uma justificativa para as desigualdades entre homens e mulheres – lutando, desse modo, para demonstrar que muitos dos atributos tidos como “naturais” nas mulheres ou nos homens são, na verdade, características “socialmente construídas” (LOURO, 1996).

No entanto, segundo a autora, se essa distinção se fez necessária, ela pode também ter ajudado a promover uma forte separação entre estas duas categorias. Ao se enfatizar o caráter social das diferenças entre homens e mulheres, talvez o fato de que a construção dos gêneros implica corpos sexuados, acabou sendo obscurecida. “O caminho seria, então, evitar a polarização natural/social, possivelmente, compreendendo que o gênero também tem uma dimensão e uma expressão biológica” (LOURO, 1996, p. 11). Assim como o sexo também possui uma dimensão e uma expressão social/cultural (NICHOLSON, 2000).

Neste sentido, o uso da categoria *gênero*, conforme Scott (1995, p. 75), rejeita explicitamente explicações biológicas, “como aquelas que encontram um denominador comum, para diversas formas de subordinação feminina, nos fatos de que as mulheres têm a capacidade para dar à luz e de que os homens têm uma força muscular superior”.

Considerando esses aspectos, a categoria *gênero* é compreendida, de acordo com a autora, como uma maneira de se referir às “construções culturais”, à criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres, ou sobre suas identidades subjetivas. “Gênero é, segundo esta definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado” (SCOTT, 1995, p. 75).

Gênero não descarta da análise os elementos da biologia, mas destaca a incorporação dos aspectos que são socialmente construídos. Desse modo, as dimensões sociais e culturais são as que delineiam as personalidades, as atitudes, os comportamentos, as emoções do corpo e também as representações sobre os corpos (BANDEIRA, 1999).

O uso da noção de gênero implica considerar, além das relações entre os sexos, as relações de poder e de hierarquia. Como as diferenças entre os sexos estruturam as demais desigualdades sociais e como afetam outros domínios da vida que, aparentemente, não estariam ligados a elas? (BANDEIRA, 1999). É neste sentido que Scott define a categoria *gênero* composta por duas partes: como “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos”, e também como “uma forma primária de dar significação às relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 86).

Gênero é assim compreendido como uma categoria relacional. Segundo esta visão, as mulheres e os homens são definidos em termos recíprocos e nenhuma compreensão de um deles pode ser alcançada por um estudo separado. Não é possível estudar a mulher sem estudar o homem, ou seja, a relação entre os sexos (SCOTT, 1995).

Gênero é uma categoria histórica e plural, podendo haver conceitos de feminino e de masculino, social e historicamente diversos. Partindo desse pressuposto, não apenas sociedades diferentes teriam diferentes concepções de homem e de mulher, como também, no interior de uma sociedade, tais concepções seriam diversificadas, conforme a classe, a religião, a raça/etnia, a idade, etc; além de transformarem-se ao longo do tempo (LOURO, 1996).

Também Strathern pensa o *gênero* desde uma perspectiva construcionista, isto é, um pressuposto de que o gênero é uma construção cultural feita sobre corpos sexuais, sobre diferenças biológicas. A utilização desse pressuposto visa a enfatizar a possibilidade de transformações nas relações assimétricas entre mulheres e homens. Essa perspectiva baseia-se na ideia de que o sexo é natural e o gênero é uma construção social. Existem, portanto, dois sexos distintos, sobre os quais se constrói o gênero (COSTA, 1998).

Gênero consiste em um ferramental teórico de fundamental importância para a compreensão das relações entre os sexos e também dos processos que, de certa forma, podem vir a modificar, após o advento das NTRc, as noções de maternidade e de paternidade que até então prevaleciam em nossa sociedade. Para ancorar a discussão a respeito da maternidade no contexto das novas tecnologias reprodutivas conceptivas sob a ótica de gênero, trazemos a contribuição de Scavone (2001; 2004).

Essa autora, em artigo publicado em 2001 nos Cadernos Pagu, e depois retomado em livro, publicado em 2004, nos traz uma importante contribuição ao debate a respeito da reflexão que o movimento feminista desenvolveu sobre a experiência da maternidade, ao abordar os diferentes momentos de diálogo desse movimento com as ciências humanas e sociais no que concerne à maternidade, até chegar ao momento atual de advento das novas tecnologias reprodutivas conceptivas.

Ela propõe uma reflexão sociológica sobre as mudanças mais marcantes nos padrões e nas experiências contemporâneas da maternidade. Segundo a autora, “é necessário inicialmente pensar a maternidade como um dado não só biológico, mas também sociológico e antropológico, para se compreender os múltiplos aspectos que implicam o ser mãe, assim como as possíveis variações deste fenômeno na História e até em uma mesma sociedade” (SCAVONE, 2004, p. 143).

Para a autora, o primeiro momento de diálogo do feminismo com as ciências humanas pode ter acontecido com a publicação do livro de Simone de Beauvoir, O Segundo Sexo, em 1949, obra que lançou as matrizes teóricas do feminismo contemporâneo. Ao contestar todo determinismo biológico ou destino divino, a autora retoma a perspectiva hegeliana afirmando que “ser é tornar-se”, resultando em sua célebre expressão: “não se nasce mulher, torna-se mulher” (SCAVONE, 2001).

Ao questionar a função da maternidade no contexto do pós-guerra, em que as forças conservadoras defendiam a família, a moral e os “bons costumes”, as teses desse livro sobre liberdade sexual, liberação da prática da contracepção e do aborto trouxeram os elementos necessários à *politização das questões privadas*, que

eclodiram com o feminismo contemporâneo. Um dos elementos radicais dessa politização relacionava-se à maternidade, isto é, refutar o determinismo biológico que reservava às mulheres o destino social de mães. A maternidade começava, então, a ser compreendida como uma construção social, que designava o lugar das mulheres na família e na sociedade, isto é, a causa principal da dominação do sexo masculino sobre o sexo feminino (SCAVONE, 2001, grifo nosso).

Desse modo, neste primeiro momento, segundo a autora, as feministas entendiam a maternidade como um defeito natural.⁴¹ O lugar das mulheres na reprodução biológica – gestação, parto, amamentação e consequentes cuidados com as crianças – determinava sua ausência no espaço público, confinando-as ao espaço privado e à dominação masculina, ou seja, a maternidade era o eixo central de explicação das desigualdades percebidas entre os sexos. A saída seria então negar a maternidade. “A recusa da maternidade seria o primeiro caminho para subverter a dominação masculina e possibilitar que as mulheres buscassem uma identidade mais ampla, mais completa e, também, pudessem reconhecer todas as suas outras potencialidades” (SCAVONE, 2001, p. 139).

A luta política das mulheres francesas, nos anos 1970, para obter a pílula contraceptiva e o aborto como direito político, possibilitou a efetivação desta recusa. A máxima desse movimento era *"un enfant, si je veux, quand je veux"* ["uma criança se eu quiser, quando eu quiser"], que reivindicava o direito à livre escolha da maternidade. Por outro lado, nesta mesma década, nos Estados Unidos, uma outra corrente feminista, mais radical, condicionava a libertação das mulheres à chegada dos bebês de proveta, supondo que, nesse momento, a maternidade não se passaria mais no corpo das mulheres (SCAVONE, 2001). Era a corrente das teóricas do patriarcado e sua maior expressão foi Sulamith Firestone, com o livro *A Dialética do Sexo*, publicado em 1976.

⁴¹ Na realidade, as feministas e também Scavone (2001) utilizam o termo *handicap* para expressar a concepção que elas tinham em relação à maternidade, que era percebida como uma desvantagem em relação aos homens, um defeito natural, já que o lugar das mulheres na reprodução biológica impedia-as de participar da esfera pública, mantendo-as no ambiente doméstico (privado). Optamos por substituir o termo *handicap* pelo fato dele ter significados opostos no inglês, podendo ser tanto desvantagem, que no caso aqui, se enquadraria, mas também pode significar vantagem.

A luta pela livre escolha da maternidade (contracepção livre e gratuita, liberação do aborto) rompia com a premissa "*tota mulier in útero*", que definia a mulher pela maternidade. A aquisição deste direito era considerada fundamental para liberar as mulheres do lugar que ocupavam na vida privada, portanto, condição de liberdade e igualdade sociais. A grande novidade desta luta é que ela introduzia, do ponto de vista dos direitos humanos, a noção de direitos específicos, direitos tidos como de terceira geração. O eixo dessa luta se situa na corrente do *feminismo igualitário* (SCAVONE, 2001, p. 140).

Passado o impacto da recusa da maternidade, as feministas começaram a se questionar se elas, as mulheres, realmente desejavam negar a maternidade e aceitariam ser mutiladas em uma parte de sua história e identidade. Chega-se, assim, a um segundo momento, agora de negação da maternidade como um defeito natural. A maternidade passa a ser compreendida como um poder insubstituível, o qual só as mulheres possuem e os homens invejam. Aqui, também há o diálogo da reflexão feminista com as ciências humanas e sociais: por meio de teses lacanianas, que valorizam o lugar das mulheres na gestação, lembrando que o cordão umbilical, unindo o feto à mãe, é fonte de vida e poder; de teses históricas que resgatam a experiência da maternidade como parte da identidade e poder femininos; de teses antropológicas que, analisando as manifestações culturais da maternidade, recuperam o saber feminino que lhe está associado (SCAVONE, 2001).

Segundo Scavone (2001), lembrando que, do ponto de vista foucaultiano, todo saber tem sua gênese em relações de poder, esta segunda etapa da reflexão feminista, ao resgatar o saber feminino associado à maternidade, dá visibilidade ao poder que as mulheres exercem na sociedade mediante este fenômeno bio-psíquico-social que é a maternidade. Esta abordagem situa-se na corrente do feminismo *diferencialista*, refletindo suas lutas pela afirmação das diferenças e da identidade feminina.

Em um terceiro momento, ocorre a desconstrução do "defeito natural", que mostra como não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade. Ou seja, é a forma como as diferenças biológicas são significadas socialmente que institui a desigualdade entre homens e mulheres. Esta argumentação coincide, também, com a expansão das Novas Tecnologias

Reprodutivas conceptivas, as quais introduzem na reprodução humana a dúvida sobre um destino biológico inevitável (SCAVONE, 2001).

Conforme Scavone (2001), a definição teórica desses três momentos é reveladora de uma prática social – a maternidade – com todas as suas contradições, mudanças e permanências. Apesar da crítica feminista ter partido da constatação da diferença biológica entre os sexos, considerando-a um defeito, essa crítica acaba mostrando que a dominação de um sexo sobre o outro só pode ser explicada social e não biologicamente.

Neste ponto, a reflexão feminista muito contribuiu para a compreensão do fenômeno social da maternidade dentro ou fora da família, ultrapassando – mediante a utilização do conceito de gênero – as interpretações sociológicas que, a partir das décadas de 1960 e 1970, buscavam a origem das diferenças sociais entre os sexos na linha bio-determinista. Ou, ainda, àquelas que, a exemplo da "teoria dos papéis" parsoniana, atribuíam à mulher um *papel expressivo* dentro da família (pois ela exprimiria melhor a vida afetiva da mesma) e ao homem um *papel instrumental* (de ligação à sociedade e de provedor dos bens da família), possibilitando-nos pensar a maternidade como parte deste *papel*, o que contribuiria para o *funcionamento do sistema social* (SCAVONE, 2001, p. 142).

Segundo Scavone (2001), foi com a introdução do conceito de gênero nas ciências sociais, empreendida pelas feministas contemporâneas, mais especificamente por Joan Scott (1995), para insistir sobre a inadequação das teorias existentes na explicação das desigualdades entre os homens e as mulheres, que se alcançou uma compreensão relacional da maternidade, respondendo pela construção social das diferenças entre os sexos. De acordo com essa visão, não podemos compreender a maternidade sem abordar a paternidade, a mãe sem o pai, no sentido biológico e social do termo.

A perspectiva de gênero nos possibilitou abordar a maternidade em suas múltiplas facetas. Ela pôde ser abordada tanto como **símbolo** de um ideal de realização feminina, como também, símbolo da *opressão* das mulheres, ou símbolo de poder das mulheres, e assim por diante, evidenciando as *inúmeras possibilidades de interpretação de um mesmo símbolo*. Além disso, ela pôde ser compreendida como constituinte de um tipo de **organização institucional** familiar, cujo núcleo central articulador é a família. E, mais ainda, foi possível compreendê-la como um **símbolo construído histórica, cultural e politicamente**, resultado das **relações de poder e dominação** de um sexo sobre o outro (SCAVONE, 2001, p. 142-143, grifo da autora).

Esta abordagem contribuiu para a compreensão da maternidade num contexto cada vez mais complexo das sociedades contemporâneas, como o do desenvolvimento das novas tecnologias reprodutivas conceptivas e seu uso sempre mais frequente e comum entre nós.

Para Scavone (2001), a questão da realização da maternidade – ter ou não filha/os, quanto/as, quando; quem cuida do/as filhos; enfim, todas estas aflitivas questões ainda com grandes consequências para a vida das mulheres – ganhou novos rumos com o incremento das tecnologias reprodutivas, tanto as contraceptivas quanto as conceptivas, que possibilitaram às mulheres romper com o destino inevitável que a maternidade lhes designava. Produto das relações sociais de dominação, o uso dessas tecnologias mereceu inúmeros estudos entre as cientistas sociais feministas. Conforme a autora, sob a ótica de gênero, esta reflexão implica uma análise do significado da maternidade no contexto das TR, no qual as mulheres podem – dentro dos limites de suas situações sociais –, mais do que nunca, escolher.

Neste sentido, convém destacar duas diferenças fundamentais com relação à maternidade no contexto das novas tecnologias reprodutivas contraceptivas e das novas tecnologias reprodutivas conceptivas. As tecnologias contraceptivas significaram a libertação dos determinismos biológicos. Com a invenção da pílula anticoncepcional no final dos anos 1950, as mulheres puderam recusar a maternidade. Já as tecnologias conceptivas, por um lado, para muitas feministas, representam a possibilidade de reforçar o destino natural das mulheres como mães. Por outro lado, elas também podem representar autonomia com a escolha da maternidade tardia, sem um parceiro, em uma relação homoafetiva, etc, conforme já abordado anteriormente (vide capítulo III).

Com as TR passamos de uma *recusa circunstancial da maternidade* para a *possibilidade de escolha*, significando, também, para as mulheres a decisão ou adequação entre vida profissional e vida familiar. As TR expressam claramente um tipo de relação com a maternidade, construída histórica, social, política, culturalmente com base em uma mesma razão: a de que existe uma solução tecnológica para a reprodução humana (SCAVONE, 2001, p. 143-144).

Ao não querer filhos/as, as mulheres (e seus companheiros) recorrem às tecnologias contraceptivas; após tê-los, recorrem ao parto cirúrgico; se desejam tê-los e têm dificuldades, recorrem às tecnologias conceptivas, construindo um verdadeiro ciclo de uso das TR para a realização ou não da maternidade. Este ciclo se constrói, também, a partir da constatação de que o uso de uma tecnologia pode gerar a necessidade do uso de outra: por exemplo, o aumento da esterilização no mundo e sua alta incidência no Brasil, entre mulheres jovens, provoca uma busca mais frequente pela concepção artificial, alimentando o consumo da reprodução assistida (SCAVONE, 2001).

A queda abrupta da fecundidade foi um dos grandes impactos das últimas décadas na mudança de padrão da maternidade no país – o número de filho/as por mulher passou de 5,8 em 1970 para 1,95 em 2007 (www.ibge.gov.br).

Conforme Scavone (2001), se a maioria das mulheres ainda têm seus filho(a)s na faixa etária jovem, elas também interrompem *definitivamente a opção da maternidade* cada vez mais jovens e até com poucos filho(a)s. De fato, 24,3% das mulheres brasileiras esterilizadas têm entre 20-29 anos e 24% do total de mulheres esterilizadas têm dois filho(a)s e 3%, um filho(a).

A questão da fecundidade entre os grupos de idade merece algumas considerações. Apesar da redução da fecundidade, de um modo geral, entre as adolescentes de 15 a 17 anos de idade, tem-se verificado um ligeiro aumento da proporção de meninas nessa faixa etária com filhos. Em 2004, a proporção de meninas de 15 a 17 anos que já tinham filhos nascidos vivos era de 6,8%, passando para 7,1%, em 2005. Esse aumento ocorreu principalmente no norte e nordeste do país, com variações de 1,6 e 0,5 ponto percentual, respectivamente (www.ibge.gov.br).

Se o modelo da maternidade reduzida contribuiu para diminuir a ambiguidade entre vida profissional e vida familiar, ele não a esgotou. A realização da maternidade ainda é um dilema para as mulheres que querem seguir uma carreira profissional, já que ainda são elas as mais sobrecarregadas nas responsabilidades parentais. A autora questiona se não seria este um dos fatores relevantes para que as mulheres, muitas vezes, decidam não ter filhos (SCAVONE, 2001).

Todavia, se por um lado as mulheres decidem não ser mães, por outro a expansão da reprodução assistida no país e no mundo evidencia que o projeto de maternidade continua presente na vida das mulheres (SCAVONE, 2001).

O que também se evidencia são os impactos das NTR sobre os padrões de maternidade. Com este recurso tecnológico, a maternidade biológica já não é mais o primeiro critério que designa uma mãe, ao passo que a paternidade biológica pode ser referida à origem do espermatozóide. A fragmentação do *papel* de mãe é um dos impactos evidentes para o que é chamado de *família artificial*. Os tipos de *mãe portadora*⁴², analisados pelas estudiosas francesas, conforme Scavone (2001), nos dão uma ideia das novas configurações da maternidade no contexto das NTRc: *mãe portadora simples*, que é a mulher inseminada pelo esperma do futuro pai genético, levando a gravidez a termo e entregando a criança ao casal que a solicitou; *mãe portadora verdadeira* (assim denominada pelos médicos), que é a mulher fértil no útero da qual são implantados um ou vários embriões obtidos pela FIV com os óvulos e espermatozóides das pessoas que vão educar a criança. Esta *mãe* vai assegurar a gestação da criança e, ao seu nascimento, entregá-la aos *pais biológicos*. Nos dois casos, trata-se de mãe de aluguel. A diferença é que, no primeiro caso, a mulher que é solicitada a gestar, além de emprestar o útero, o óvulo que será fecundado é seu, porque ela será inseminada com o esperma do marido da mulher que solicitou, e no segundo, a mulher somente empresta o útero, porque os óvulos e espermatozóides são do casal solicitante e os embriões são implantados após a realização da FIV. Este imbróglio de *papéis* não só pode causar problemas de ordem ética, jurídica, para os quais novas legislações estão em elaboração, como também pode causar impacto na própria definição dos *papéis* familiares clássicos, pois a concepção não se limitará mais aos genitores, já que pode se dar independentemente do ato sexual (SCAVONE, 2001, grifo da autora).

É possível afirmar que um dos aspectos mais evidentes na transformação da maternidade foi o rompimento com seu determinismo biológico. Este rompimento levou à separação definitiva da sexualidade com a reprodução, seja pela contracepção medicalizada, seja pela reprodução artificial, e desconstruiu a equação mulher=mãe, construindo uma outra equação mais complexa, em que entram em cena também a classe médica e as

⁴² Diz respeito à gestação substitutiva que, no Brasil, é popularmente conhecida como “barriga de aluguel”.

novas tecnologias. A "maternidade artificial", ou a "parentalidade artificial" já são as fórmulas do presente do(a)s indivíduos estéreis que se ampliarão no futuro, com suas imbricadas implicações éticas, médicas, políticas, além das prováveis consequências à saúde das mulheres (SCAVONE, 2001, p. 146, grifo da autora).

Conforme a autora, a crítica feminista contribuiu para o questionamento mais profundo, sob a ótica de gênero, sobre o "lugar da mãe" em relação ao "lugar do pai" na família e na sociedade. Esta crítica foi se renovando, acompanhando todas as mudanças referidas, as quais se aceleraram nas últimas décadas; com isto, os estudos feministas sobre a maternidade tomaram uma nova direção, utilizando tanto os conceitos de *relações sociais de sexo*, como de *gênero* (grifo da autora).

Em primeiro lugar, esses estudos tornaram-se mais escassos, principalmente como reflexão mais abrangente sobre o lugar da maternidade: não se discute mais se ela é o eixo central da dominação masculina. As pesquisas e reflexões do período mais recente centram-se nas questões mais específicas dos usos das tecnologias reprodutivas e de suas consequências à saúde das mulheres (SCAVONE, 2001).

Segundo Scavone (2001), uma das grandes questões que suscitam estas reflexões têm a ver com a ingerência crescente da medicina na procriação: "a reprodução não estaria escapando progressivamente das mulheres?" Esta inquietação remete, por um lado, a uma postura positiva diante da maternidade: uma experiência feminina importante, cujo controle não deve escapar às mulheres. Por outro, ela situa a questão da maternidade no bojo de uma discussão mais ampla sobre os impactos das novas tecnologias nas sociedades modernas, reavivando a polêmica sobre a relação natureza e cultura, sobretudo, a partir do feminismo de inspiração ecológica.

Em segundo lugar, outro grupo de estudos aborda a questão da maternidade construindo o conceito de "*parentalidade*": trata-se de estudar o posicionamento dos atores sociais dos dois sexos no processo de constituição do laço parental e não mais partindo de uma especificação *a priori* desse laço segundo o sexo. Este tipo de análise permite compreender, no seu conjunto, a relação entre os indivíduos adultos (homens e mulheres) com suas crianças. Entretanto, a maioria desses estudos constata um tipo de parentalidade, no qual as mulheres continuam tendo uma

relação mais comprometida com os filho(a)s do que os homens, sendo ainda elas que assumem a maioria das responsabilidades parentais (SCAVONE, 2001).

Contudo, também foram observados alguns casos de homens assumindo todas essas responsabilidades, indicando tendências de transformações nas relações parentais e nas relações de gênero. O resultado dessas pesquisas reflete tanto as mudanças que estão ocorrendo no interior da família e da sociedade, como as ambiguidades de fundo que caracterizam um período de transição de modelos (SCAVONE, 2001).

Entre o modelo reduzido de maternidade com uma variedade crescente de tipos de mães (mães donas-de-casa, mães chefes-de-família, mães "produção independente", casais "igualitários") e as diversas soluções encontradas para os cuidados das crianças (escolas com tempo integral, creches públicas, babás, escolinhas especializadas, vizinhas que dão uma olhadinha, crianças entregues a seus próprios cuidados, avós solícitos), a maternidade vai se transformando, seguindo tanto as pressões demográficas, natalistas ou controlistas, como as diferentes pressões feministas e os desejos de cada mulher (SCAVONE, 2001, p. 149, grifo da autora).

Conforme Scavone (2001), a escolha reflexiva para a aceitação ou não da maternidade (da paternidade, ou da parentalidade) constitui-se em um elemento desse período de transição, possibilitando às mulheres e aos homens que a decisão pela reprodução seja feita com base na experiência adquirida, sem medo, culpa, ou qualquer sentimento de não-realização individual e/ou social. Evidentemente, esta escolha será tanto mais reflexiva quanto maior a possibilidade de acesso à informação, à cultura e ao conhecimento especializado.

Este novo modelo, que ora já se esboça, tem diversas nuances e se define com mais ou menos força, de acordo com a classe social e com o país a que está referido. É o modelo de proles reduzidas; mulheres com carreiras profissionais; mães e pais, juntos e/ou separados; casais hetero e homossexuais; mães ou pais criando seus filhos sozinhos; institucionalização dos cuidados maternos por instituições especializadas; enfim, é o modelo que busca se adaptar às mudanças da vida contemporânea, ao mesmo tempo em que é forjado por estas mudanças, redesenhando o funcionamento e a estrutura da família contemporânea (SCAVONE, 2001).

Para finalizar, concordamos com as reflexões suscitadas por Scavone (2001), que afirma que, para além dos motivos psicológicos, sócio-econômicos, que levam as mulheres a adiarem, adiantarem, aceitarem ou recusarem a maternidade, ou ainda, dos valores ideológicos e políticos que alimentam o ideal de sua realização, sempre estará em questão seu significado social. Este significado revela, segundo a autora, que, apesar das inúmeras mudanças ocorridas na situação social das mulheres, a realização da maternidade ainda as compromete consideravelmente e explicita uma face importante da lógica da razão androcêntrica. A maternidade ainda separa as mulheres socialmente dos homens e pode até legitimar, em determinados contextos, a dominação masculina. Esta constatação, bem como os impactos das TR à saúde das mulheres, talvez sejam as contribuições mais importantes do feminismo aos estudos científicos sobre a maternidade. “Exercício de não passividade diante das facilidades tecnológicas e de dúvida sobre as possibilidades mágicas de solucionar problemas reprodutivos” (SCAVONE, 2001, p. 150).

As novas tecnologias reprodutivas conceptivas e todas as suas implicações éticas, políticas, religiosas, de gênero, de raça/etnia e, principalmente, para a saúde das mulheres, não só física, mas também psíquica e emocional, considerando sua autonomia e autodeterminação, devem ser consideradas quando estamos tratando do debate em torno de sua aplicação em um comitê de bioética, no qual homens e mulheres manifestam suas opiniões a respeito da conduta médica e ajudam a tomar decisões no que concerne aos dilemas morais ou conflitos éticos que possam surgir do atendimento ao paciente e, nesse caso, especialmente, destacando o poder e o controle médico da reprodução e sobre o corpo da mulher.

OS CONCEITOS DE DIREITOS REPRODUTIVOS E DIREITOS SEXUAIS

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos ampliam as noções de sexualidade e de reprodução, compreendendo não somente os métodos e as tecnologias contraceptivas e as conceptivas, mas também o aborto, a violência sexual, a gravidez na adolescência, o planejamento familiar, a orientação sexual, as doenças sexualmente transmissíveis. Enfim, temas que dizem respeito à reprodução e à sexualidade humanas, ao seu exercício, principalmente, no que tange à sexualidade feminina, levando em conta não somente a autonomia das mulheres,

mas também incluindo a responsabilidade dos homens nas consequências da vida sexual, e do Estado no papel de agente garantidor e protetor da saúde e dos direitos das mulheres.

As NTRc possuem grande impacto sobre o campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. E, embora tenhamos a compreensão de que é problemática a reivindicação dessas tecnologias como um direito (SCAVONE, 2004), devido à precariedade da assistência à saúde no Brasil, principalmente à saúde reprodutiva das mulheres, com a emergência da noção desses direitos, entendemos ser necessária uma discussão sob a ótica da autonomia e da liberdade reprodutiva e sexual.

A construção dos conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais está relacionada a dois amplos debates em âmbito mundial: um, é a discussão a respeito dos direitos humanos e o outro, consiste no debate, dentro do movimento feminista, a respeito da sexualidade e da saúde reprodutiva das mulheres. Este último, de certa forma, é consequência e, ao mesmo tempo, ampliação do primeiro. Pode-se dizer que os avanços e as conquistas, tanto no campo teórico, quanto no âmbito prático de implementação de políticas públicas, especialmente no que se refere à saúde reprodutiva e à sexualidade femininas, se devem, em grande parte, a todo esse processo, que teve como expressão máxima a realização das Conferências da ONU.

Segundo Dora (1998), é possível traçar uma linha de tempo dos direitos humanos, em sua relação com os direitos reprodutivos e os direitos sexuais, que se inicia em 1948, ano da Declaração Universal dos Direitos Humanos; passa por 1968, ano da I Conferência Mundial de Direitos Humanos, em Teerã; 1979, quando da aprovação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres; 1993, ano da II Conferência Mundial de Direitos Humanos, em Viena; 1994, com a Conferência sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo; e 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, na China.⁴³

⁴³ Scavone (2004) afirma que a noção de direitos reprodutivos expandiu-se no movimento feminista mundial na metade dos anos 1980, depois do Congresso Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, ocorrido em Amsterdã, em 1984. A pauta do encontro privilegiava denúncias às

São cinquenta anos de debates e decisões, em que se verifica, progressivamente, que os temas referentes à igualdade de direitos entre homens e mulheres, à liberdade e autonomia na definição da vida sexual e reprodutiva, aos compromissos dos governos com a regulação da fertilidade e à adoção dos direitos das mulheres como direitos humanos mudaram, evoluíram e incorporaram novos enfoques e abordagens (DORA, 1998, p. 73).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos já introduz elementos que podem ser utilizados para a proteção dos direitos humanos nos campos da sexualidade e da reprodução. Entre eles, reafirma a igualdade de direitos do homem e da mulher e, em seus artigos, elenca alguns conceitos que foram sendo ampliados pela luta das mulheres, tais como a igualdade de direitos sem qualquer distinção de raça, cor, sexo, língua, religião, etc. O direito a constituir o matrimônio e a fundar uma família. E, em seu artigo XXV, afirma: “a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistências especiais” (p. 74).

A proclamação da I Conferência, em Teerã, em seu item 16, trata, de forma específica, do planejamento familiar, da seguinte forma: “...os pais têm o direito humano de determinar livremente o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos”. Assim, estabelece o nexos da procriação e da liberdade de decisão como direito humano fundamental (DORA, 1998, p. 74).

Em 18 de dezembro de 1979, a ONU aprova a sua primeira convenção específica sobre as mulheres, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Cedaw), que estabelece compromissos e metas necessários à eliminação dessa discriminação, a serem adotados pelos governos (DORA, 1998).

Entre os compromissos, o art. 12 estabelece: “1. Os Estados Signatários deverão adotar as medidas necessárias para eliminar a discriminação contra as mulheres no campo da saúde a fim de garantir, com base na igualdade entre homens e mulheres, o acesso aos serviços de saúde, incluindo os serviços de planejamento familiar. 2. No parágrafo 1º do presente artigo, é afirmado que os Estados Signatários deverão proporcionar às mulheres serviços adequados relativamente à gravidez, parto e período pós-natal, concedendo serviços gratuitos

políticas demográficas em curso nos países do sul, ao mesmo tempo em que assinalava questões emergentes, tais como o incremento das técnicas contraceptivas nos países do norte.

sempre que necessário, bem como alimentação adequada durante a gravidez e lactação”. Ainda, em seu art. 16, o item “e” trata de estabelecer os “mesmos direitos no que respeita a decidir livre e responsavelmente sobre o número e o espaçamento entre os filhos e o acesso à informação, educação e meios necessários para exercerem esses direitos” (DORA, 1998, p. 75).

A II Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em 1993, em Viena, contará, pela primeira vez, com expressiva participação de ONGs, dentre as quais, as do movimento feminista, que irão influenciar fortemente o rumo dos debates e deliberações. A Declaração e o Programa de Ação aprovados incorporaram a concepção de que os direitos humanos da mulher e da menina são parte inalienável e indivisível dos direitos humanos universais, e propugnam, em vários artigos, a adoção de medidas para combater a violência e a discriminação. O item 6 afirma: “A Conferência Mundial reconhece a importância de que a mulher goze do mais alto nível de saúde física e mental, durante toda a sua vida” (p. 75).

No entanto, é somente na Conferência sobre População e Desenvolvimento de 1994, realizada no Cairo, que a questão dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos deixa de ser tratada de forma genérica e aparece como polêmica central. Os documentos finais da Conferência apresentam uma reconceitualização desses direitos, no âmbito das Nações Unidas, aprofundando a sua relação com os direitos humanos, novidade que só foi possível como resultado de uma intensa ação do movimento feminista internacional (DORA, 1998).

Foram incluídas muitas medidas de proteção aos direitos das mulheres e das meninas na área da saúde reprodutiva que implicam compromissos por parte dos governos. Entre elas, a promoção da equidade e da igualdade entre os sexos, a eliminação de todo tipo de violência contra a mulher e a garantia de que seja ela quem controle sua própria fecundidade, foram consideradas como a pedra angular dos programas sobre população e desenvolvimento (DORA, 1998).

O Programa de Ação da Conferência, nos parágrafos 7.2 e 7.3, estabelece os dois conceitos fundamentais que passam a informar as discussões e ações nesta área. O parágrafo 7.2 determina: “A saúde reprodutiva é um estado geral de bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidades ou doenças,

em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. Consequentemente, a saúde reprodutiva implica a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos e de procriar, e a liberdade para poder escolher entre fazê-lo ou não, quando e com que frequência. (...)”. E o parágrafo 7.3 complementa: “Levando em consideração a definição precedente, os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos nas leis nacionais, nos documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos pertinentes das Nações Unidas aprovados por consenso. Esses direitos baseiam-se no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsabilmente o número de filhos e o intervalo entre eles, a dispor da informação e dos meios para tal e o direito de alcançar o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também o direito a tomar decisões referentes à reprodução sem sofrer discriminação, coações nem violência, conforme estabelecido nos documentos dos direitos humanos (...)” (DORA, 1998, p. 76).

Após a realização da Conferência do Cairo, evidenciou-se a magnitude dos desafios que os movimentos sociais, em especial o movimento feminista, e os países participantes, teriam que enfrentar. Uma das razões para tal foi que a Conferência provocou mudanças nos paradigmas, até então hegemônicos, para buscar melhorias nas condições de vida das populações humanas, pondo em cheque equações simplistas em que se buscava associar desenvolvimento econômico a metas demográficas. A Conferência pôs em cheque, também, a qualidade das políticas públicas existentes nos campos da sexualidade e da reprodução, mostrando a importância de, para além de operar-se no campo da contracepção, ampliar-se o foco para a necessidade de políticas sociais mais amplas e formuladas sob uma perspectiva de gênero, sobretudo nos campos da educação e da saúde. Pela primeira vez, a saúde reprodutiva e sexual da mulher é tema central de um acordo internacional sobre população (ARILHA, 1998).

Por final, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher tinha como tarefa e responsabilidade reforçar esta concepção de direitos em seus documentos. E foi o que aconteceu. Embora tenha havido alguns momentos extremamente polarizados, especialmente nos temas referentes à sexualidade e à saúde reprodutiva, o balanço final da Conferência, através de sua Declaração e Plataforma de Ação, é positivo, já que conseguiu manter as conquistas já obtidas e ampliar alguns conceitos (DORA,

1998). Somente nessa conferência, no entanto, é que podemos constatar uma formulação mais específica dos direitos sexuais.

Os itens 94 e 95 repetem o que já havia sido afirmado nos parágrafos 7.2 e 7.3 da Plataforma de Ação do Cairo, e o item 96 complementa: “As relações igualitárias entre a mulher e o homem a respeito das relações sexuais e da reprodução, incluindo o pleno respeito à integridade pessoal, exigem o consentimento recíproco e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade e as consequências do comportamento sexual” (DORA, 1998, p. 78).

De acordo com a autora, as declarações, convenções e plataformas de ação citadas constituem a legislação internacional de proteção aos direitos humanos que se referem aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Embora possuam diferenças jurídico-formais entre si, com maior ou menor poder de obrigatoriedade de cumprimento por parte dos Estados e, inclusive, de sanção por descumprimento, já constituem, no seu conjunto, uma sólida base para interpretação e implementação efetiva dos direitos. Diante disso, segundo a autora, já existem elementos suficientes, seja na doutrina, seja na legislação de direitos humanos, para configurar os direitos sexuais e os direitos reprodutivos como direitos humanos, exigíveis dentro dos sistemas de proteção existentes.

Neste sentido, os direitos reprodutivos são entendidos, de acordo com Azevedo e Stolcke (1991), como os direitos das mulheres de regular sua própria sexualidade e sua capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os homens assumam responsabilidade pelas consequências do exercício de sua própria sexualidade. Ou, conforme Ribeiro (1993), são os direitos que as mulheres têm – ou deveriam ter – de viver a sexualidade a partir de seus desejos, desvinculando-a ou não da maternidade, incluindo-se nessa conceituação a responsabilidade dos homens nas consequências da vida sexual, tradicionalmente delegada só às mulheres. É reclamada a ação do Estado, que deve obrigar-se, por meio de políticas públicas, a garantir às mulheres instrumentos capazes de ampará-las para que suas escolhas possam ser conscientes, dentro de um contexto que lhes facilite a tomada de decisões.

E os direitos sexuais, de acordo com Tambiah (2003), incluem o direito da pessoa a ter controle e a decidir livremente sobre os assuntos relacionados à sua sexualidade, sem sofrer coação, discriminação nem violência; o direito à informação para poder tomar decisões responsáveis sobre a sexualidade; o direito à dignidade, à integridade física, mental e moral e à privacidade para realizar uma escolha sexual; e o direito ao mais alto nível de saúde sexual.

Embora saibamos das discriminações contra as mulheres e das relações desiguais existentes entre os sexos, principalmente no que diz respeito ao exercício da sexualidade, entendemos que, desde uma perspectiva de gênero, precisamos tratar esses direitos de um modo mais amplo. Por isso, destacamos as formulações encontradas na Cartilha elaborada e lançada pelo Ministério da Saúde em 2006. Ela trata dos direitos reprodutivos como: direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos, e direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. E, quanto aos direitos sexuais, estes incluem: direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a); direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física; direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; direito de expressar livremente sua orientação sexual; direito de ter relação sexual independente da reprodução; direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS; direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação; direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2009a).

No Brasil, o debate sobre esses direitos já estava, de certa forma, ocorrendo há alguns anos em razão do exercício político e democrático que vinha sendo realizado pelo movimento feminista de repensar questões do campo da cultura sexual e reprodutiva, no contexto da assistência à saúde. Desde a década de 1980, as feministas incentivavam o debate em torno da ideia de que as mulheres devem usufruir do seu livre-arbítrio ao decidir sobre suas escolhas reprodutivas e sexuais, ou seja, reivindicavam o livre exercício da sexualidade, desvinculado da reprodução,

cabendo ao Estado oferecer condições para que a assistência à contracepção seja viabilizada em um contexto de assistência à saúde (OLIVEIRA, 1994; ARILHA, 1998). Neste momento, a expressão “direitos reprodutivos” é incorporada ao discurso feminista, dentro da ideia e do reconhecimento do corpo como instrumento de prazer, cunhando o slogan “nosso corpo nos pertence” (RIBEIRO, 1993; DORA, 1998).

Segundo Arilha (1998), o debate que situa o corpo como tema da política instalou-se no Brasil, nos anos 1980, sobretudo em torno da questão do aborto e da contracepção. Isso ocorreu num momento de importantes mudanças políticas que marcavam a transição da ditadura para a Nova República, destacando dois aspectos importantes em relação ao conteúdo do conceito de direitos reprodutivos: “sua associação com a luta por liberdades democráticas e sua estreita conexão com a saúde das mulheres [...]” (p. 14).

Essa conjuntura permitiu o surgimento de um novo discurso, ancorado nos princípios do direito à saúde e da autonomia das mulheres e dos casais na escolha do tamanho de sua prole. Este consenso, amplamente discutido pela sociedade civil, teve como respaldo o processo da Reforma Sanitária Brasileira, que definiu saúde como um direito do cidadão e dever do Estado proporcioná-la à população. Como fruto desse debate e com a participação efetiva do movimento feminista, em 1983, o Ministério da Saúde lança o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM (COSTA, 2004).

O PAISM constitui-se em um conjunto de diretrizes programáticas destinadas às mulheres nas diversas etapas de sua vida, incluindo-se a fase reprodutiva. Para as mulheres, o Programa preconiza que elas sejam atendidas nas suas demandas específicas de saúde reprodutiva, de forma a minimizar riscos decorrentes da procriação. Prevê, ainda, além da anticoncepção, **tratamento para os casos de infertilidade**⁴⁴, sempre contextualizados no conceito da integralidade assistencial (COSTA, 2004, grifo nosso).

⁴⁴ De acordo com algumas autoras (OLIVEIRA, 1998), o termo “tratamento” da infertilidade não é adequado, já que as NTRc não devolvem a capacidade natural de procriar, não curam a infertilidade, somente auxiliam na geração do bebê.

Conforme Osis (2009), o PAISM foi anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. Como também, foi a primeira vez em que o Estado brasileiro propôs, explicitamente, e implantou, embora de modo parcial, um programa que contemplava a regulação da fecundidade. Isso provocou suspeitas acerca de possíveis intenções ocultas de controle da natalidade. Porém, de acordo com a autora, analisando brevemente a história desse programa e seu significado social, conclui-se que o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar.

O debate em torno da implementação do PAISM fez florescer no país o desenvolvimento do conceito de direitos reprodutivos, influenciando na linguagem que viria a se constituir nacional e internacionalmente e propiciou a organização das mulheres em sindicatos e partidos, inclusive nas áreas rurais de diferentes estados, bem como gerou fortes movimentos de pressão sobre os governos estaduais, através dos conselhos da condição feminina, pesquisas, ações educativas e treinamentos. E, embora a sua implementação tenha sido considerada insuficiente pelos grupos que acompanharam a sua formulação, argumentando quanto à não-alteração dos indicadores de saúde feminina, foi esse debate que possibilitou a introdução na Constituição Federal do direito aos casais de terem acesso ao planejamento familiar (ÁVILA, 1993; ARILHA, 1998).

O parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal de 1988 dispõe que o planejamento familiar, fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Após as conferências da ONU, principalmente a do Cairo e a de Beijing, o debate sobre os direitos reprodutivos é fortalecido no Brasil com a discussão em torno do tema da esterilização feminina, com impacto sobre o Poder Legislativo. Como resultado desse processo, em 1996 é aprovada no Congresso Nacional a Lei Federal N° 9.263⁴⁵, que regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição

⁴⁵ A Lei encontra-se em anexo.

Federal que dispõe sobre o planejamento familiar (ARILHA, 1998). De acordo com essa lei, o planejamento familiar é entendido como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 2009b). A lei contempla a questão sob o prisma do atendimento integral à saúde da mulher em todos os ciclos de sua vida, define a oferta e o critério de uso dos métodos contraceptivos reversíveis e inclui **o tratamento da infertilidade**, além de dispor sobre a esterilização, permitindo-a em determinadas situações e penalizando-a em outras (REDESAUDE, 2002).

Dessa forma, a reprodução humana assistida é entendida, no universo plural do pensamento feminista, como uma decisão das pessoas. Acha-se inserida no âmbito dos direitos reprodutivos (direitos à concepção e contracepção) garantidos pela Lei 9.263, de janeiro de 1996 – a Lei do Planejamento Familiar. O Art. 5º. expressa que: “É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar” (REDESAUDE, 2003, p. 45).

No contexto da Lei 9.263, entende-se que exercer o direito à autonomia é decidir livremente sobre as ações que interferem sobre o corpo e sobre a vida, conhecendo-se os direitos já adquiridos e, principalmente, obtendo informação sobre os riscos que possam advir a partir de determinadas intervenções. A RA implica uma interferência, principalmente no corpo das mulheres, e estas devem estar informadas sobre todos os riscos que correm e de suas consequências, tendo garantida em todo o processo, acima de tudo, sua saúde física e mental e a saúde dos bebês gerados sob tais circunstâncias (REDESAUDE, 2003, p. 45 e 46).

A noção de direitos reprodutivos que foi sendo construída dentro do movimento feminista constituiu uma mudança de paradigma. E pode também ser entendida, de acordo com Ávila (1993, p. 382), como “uma redefinição do pensamento feminista sobre a liberdade reprodutiva”. São direitos que marcam os limites entre o público e o privado e pressupõem a compreensão de direito como afirmação do livre exercício da sexualidade. Trazem para o debate questões como liberdade, direito de optar, direito ao acesso à saúde reprodutiva e à saúde sexual, autonomia e autodeterminação das mulheres (ARDAILLON, 1997).

Esta, segundo Arilha (1998), pode ser considerada como uma nova fase dos direitos reprodutivos, que busca refletir e interferir sobre as contradições existentes entre as conquistas efetivadas no campo dos direitos formais, tanto na Constituição (direito à saúde e direitos no campo da reprodução) quanto no âmbito dos instrumentos de proteção dos direitos (as grandes convenções internacionais, como as resultantes das Conferências de Cairo e Beijing) e a realidade das políticas públicas.

A mudança de foco da saúde pública para a saúde reprodutiva foi a mudança conceitual de um direito social à saúde, dificilmente associável a um direito individual ao corpo reprodutor, para os direitos reprodutivos, representando a autonomia no âmbito da reprodução humana, que introduzem a diferença no seio da universalidade dos direitos humanos (ARDAILLON, 1997).

O fundamento dos direitos reprodutivos implica a liberdade de escolha no campo da reprodução, o que significa que eventos como a gravidez, o parto, a contracepção e o aborto devem ser compreendidos como fatos inter-relacionados, nos quais, qualquer restrição à liberdade e às garantias de acesso a cada um deles remete a mulher a um lugar de opressão e dominação (ÁVILA, 2003). De fato, se a mulher não tem acesso aos métodos anticoncepcionais e à orientação a respeito de sua utilização, se não pode decidir livremente se quer ou não ter filhos e quanto ao momento e ao número de filhos e, quando em uma situação de risco de vida e/ou estupro, não tiver possibilidades oferecidas pelo Estado para realizar a interrupção da gravidez, se assim desejar, ela será prejudicada no que concerne aos seus direitos individuais, necessários ao exercício de sua cidadania e ao desenvolvimento de sua autonomia e autodeterminação (KALSING, 2000; 2005).

A construção desses conceitos tem uma importância fundamental nos embates entre o feminismo e o Estado quanto à regulação da sexualidade feminina num contexto de democratização crescente das relações sociais e de extensas redefinições biológicas sobre a reprodução humana. São conceitos que questionam a cidadania, a universalidade dos direitos, as relações entre os sexos estabelecidas em nossa sociedade, percebidas como relações de poder (ARDAILLON, 1997). Esta mudança de paradigma pode significar também uma alteração no status da mulher

na sociedade, propiciado por uma maior consciência quanto ao exercício de seus direitos.

Quando se fala na contracepção e no aborto livre como na possibilidade das mulheres controlarem sua fertilidade, ou serem mãe “se, e quando” quiserem, essas duas práticas abrem a perspectiva de uma mudança do status social da mulher, e, portanto, das relações entre os sexos [...] (p. 13). A liberdade de decidir sobre a reprodução implica a realização da autonomia, ou melhor, da autodeterminação dentro do espaço social e cultural da reprodução que é o domínio mais complexo onde atuam as relações de gênero as quais, na nossa sociedade, são relações de poder (ARDAILLON, 1997, p. 90).

A visão integral de todos os direitos constitui patamar básico para sua compreensão e implementação, sendo que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, de acordo com Dora (1998), por sua natureza de liberdade e de necessidade, constituem, ao mesmo tempo e, indissociavelmente, direitos individuais e sociais.

Segundo Corrêa (1998b), a correlação entre a disseminação das modernas tecnologias anticonceptivas e os direitos humanos das mulheres constitui, possivelmente, um dos momentos mais controvertidos na história contemporânea da regulação da fecundidade, que não pode ser esquecido num momento em que se firma, no mundo e no Brasil, a noção de direitos reprodutivos. Acreditamos que o mesmo podemos afirmar em relação às novas tecnologias reprodutivas conceptivas.

Para Ávila (1993), um dos fatores que dificulta a luta em prol da superação do modelo patriarcal é a carência de uma elaboração mais rigorosa, dentro do movimento, no que concerne à crítica ao caráter do Estado e à sua feição patriarcal. A elaboração da noção de direitos reprodutivos pode ser uma alternativa, segundo a autora. Porém, é necessária uma compreensão e conscientização quanto ao exercício desses direitos. É o que destaca Ardaillon (1997, p. 228-229), ao questionar o potencial real de mudança nas relações de gênero que se possa conseguir com a garantia dos direitos reprodutivos.

[...] ao enunciar o que deva ser a saúde reprodutiva das mulheres, o feminismo está realmente redefinindo a biologia das mulheres, levando também em conta os novos modos da reprodução humana?
[...] a definição dos direitos reprodutivos está tentando reinterpretar o significado social dos corpos das mulheres para permitir que elas possam usufruir de uma cidadania de corpo inteiro?

Na visão da autora, permanece um hiato. É o disparate entre tantos direitos (das mulheres, humanos, individuais, sociais, civis, políticos, reprodutivos, sexuais, etc.), reconhecidos, em princípio, pelo Estado, para cidadãs que, de fato, não conseguem fazer valer seus direitos individuais como pessoas humanas com um corpo inviolável: o direito a sua liberdade e integridade físicas para não serem espancadas pelos cônjuges, assassinadas por ex-maridos ou ex-namorados, estupradas nas suas próprias casas ou contaminadas pelo vírus HIV/AIDS (ARDAILLON, 1997).

Para o movimento feminista, as questões relacionadas à sexualidade feminina, muitas vezes, constituíram-se e constituem-se como formas de controle do Estado e dos homens sobre o corpo das mulheres, e os efeitos decorrentes desse controle acarretam problemas de saúde pública. Como exemplo do controle, podemos citar as políticas autoritariamente impostas para reduzir a fecundidade das mulheres, a não legalização do aborto, as novas tecnologias reprodutivas, como exemplo do controle médico da reprodução, etc. E, como alguns de seus efeitos, os altos índices de mortalidade materna, de abortos feitos de forma clandestina e, na maioria das vezes, insegura, de esterilizações, enfim, os indicadores negativos da saúde feminina, principalmente nos países mais pobres (KALSING, 2000; 2005).

A esterilização feminina, que alcança taxas muito elevadas no Brasil e em vários países da América Latina, é, segundo Ávila (2003), uma situação exemplar da falta de cidadania na esfera reprodutiva. Também, conforme Berquó (1993, p. 371), “A esterilização é o método através do qual o controle institucional deliberado pode atingir um grau perfeito e total de autoritarismo”.

Todavia, existem situações em que as mulheres optam pela realização da esterilização em virtude da decisão por elas tomada de não querer mais engravidar e ter apenas o número de filhos desejado.

Para Ávila (1993), a proposta dos direitos reprodutivos significa um confronto político acirrado que se situa nos campos da ética, da moral e das relações de classe, gênero e raça/etnia.

Ardailon (1997) questiona o progresso real da noção de direitos reprodutivos, como o direito básico de todos os casais e indivíduos de decidir, argumentando

quanto ao poder de decisão da mulher no seio do casal, caso não haja um efetivo *empoderamento*⁴⁶ e autonomia das mulheres, melhoria do seu status político, social e econômico, conforme preconiza o capítulo 4 da Conferência do Cairo.⁴⁷

Na Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, todos os países membros da ONU assinaram “sem reservas” sua Declaração. O Governo brasileiro assinou, sem restrições, as Plataformas de Ação das Conferências do Cairo e de Beijing, comprometendo-se, desta forma, a adotar medidas de atenção aos problemas que atingem as mulheres (ARDAILLON, 1997).

Contudo, no Brasil, ainda existe um hiato na questão da saúde da mulher, um vácuo entre o avanço do pensamento feminista, que deu origem às noções de direitos reprodutivos e direitos sexuais, e a realidade dos serviços de saúde para a mulher. Enquanto essa noção se expande, emerge com muito vigor o conflito vivenciado pelas mulheres na luta cotidiana pelas reivindicações básicas de saúde, como planejamento familiar, assistência ao parto e pré-natal e contra o aumento da mortalidade materna, devido à precariedade dos serviços hospitalares, à criminalização do aborto e à omissão do Estado em todos esses aspectos. Mesmo assim, a formulação dos conceitos de direitos reprodutivos [e, posteriormente, de direitos sexuais] ampliou a noção de cidadania das mulheres para além da reprodução, como prerrogativa que afirma o direito à interrupção de uma gravidez indesejada, à escolha do método contraceptivo e ao uso das diversas tecnologias, com a noção dos direitos sociais que dizem respeito a toda a sociedade (OLIVEIRA, 1994).

Entendemos, outrossim, tratar-se de uma questão de liberdade de escolha, de direito de decidir quanto ao momento, ao número e ao desejo de querer ou não ter filhos. Para decidir, é preciso autonomia. E a autonomia é um requisito primordial para o exercício da liberdade (ÁVILA, 2003). Autonomia e capacidade de

⁴⁶ A categoria empoderamento do inglês *empowerment* é entendida como um processo que oferece condições e possibilidades às pessoas de autodeterminar suas próprias vidas. Estar empoderado significa que as pessoas estão em posição de exercer sua capacidade de escolher de acordo com seu próprio e livre desejo. Implica uma política democrática em que as pessoas podem influenciar nas decisões sobre suas próprias vidas. [...] Significa que todos os membros da sociedade civil, particularmente as organizações não-governamentais, participem de fato da tarefa de tomar e implementar decisões (LISBOA, 2000, p. 16).

⁴⁷ Capítulo que trata da igualdade e equidade entre os sexos, como também da autonomia da mulher.

autodeterminação são qualidades necessárias para o empoderamento. É uma problemática que se situa no plano moral e ético, ganhando, deste modo, relevância sociológica (KALSING, 2000; 2005).

Na Constituição Federal, o planejamento familiar é declarado como livre decisão do casal, reconhecendo alguma “privacidade” no âmbito da reprodução, o que não significa, na prática, segundo Ardaillon (1997), devido às normas culturais atuantes, uma real igualdade decisória entre cidadãos de sexos diferentes.

O significado de direitos, ancorado no conceito de cidadania, tem um sentido sociológico como código, normas, benefícios e ação política, que ganham sentido na relação com o Estado; porém, ancorado no conceito de direitos humanos, ganha uma densidade valorativa que corresponde a uma forma de estar no mundo com segurança e liberdade, e ganha também um sentido moral e ético (ÁVILA, 2003).

Fica claro, após a exposição, que a noção de direitos reprodutivos, quando de sua formulação, esteve mais associada ao direito à contracepção e não ao direito à concepção.

De acordo com Vieira (2007), as teóricas feministas muito pouco tratam das novas tecnologias reprodutivas conceptivas como uma questão de direito reprodutivo das mulheres. Parece existir, segundo a autora, uma resistência ao tema e a qualquer associação a algum tipo de direito das mulheres à procriação.

Muitas autoras feministas entendem que ampliar a noção de direitos reprodutivos no sentido de incorporar as novas tecnologias reprodutivas conceptivas não constitui uma decisão tranquila (CORRÊA, 2003), seja em razão da precariedade da assistência à saúde no Brasil, principalmente, à saúde reprodutiva das mulheres (SCAVONE, 2004), seja pelo acesso restrito dessas tecnologias pela maioria da população, tendo em vista que as técnicas mais sofisticadas não são oferecidas nos serviços públicos de saúde (RAMÍREZ, 2003a), ou ainda, considerando a autonomia relativa – ou até falta dela – das mulheres no que tange às decisões reprodutivas, tendo em vista o fato de a maternidade, muitas vezes, configurar-se como um imperativo social (DINIZ; GUILHEM, 2008b). Todos esses elementos são apresentados pelas feministas como dificuldades para a inserção das NTRc no âmbito dos direitos reprodutivos.

De acordo com Scavone (2004), a reivindicação das NTRc como direito, feita por uma corrente do feminismo, parece prematura, uma vez que se desvia do debate principal que, no entender da autora, deve ser feito em torno das condições de experiência das NTRc, das questões éticas implicadas e de suas consequências à saúde das mulheres.

Pela ótica dos direitos reprodutivos, o debate sobre as NTCs se divide. Uma corrente do feminismo, defendendo o desejo de ser mãe e o direito à maternidade, considera legítimo reivindicá-las como direito reprodutivo. Outra corrente lembra que o equívoco de tal reivindicação repousa em certos fatos: os riscos destas técnicas à saúde das mulheres; a falta de reflexões e códigos de ética mais efetivos que avaliem seu uso e protejam as usuárias, sobretudo nos países do sul (SCAVONE, 2004, p. 65).

Para esta autora, a reprodução assistida constitui um bom exemplo de como a luta pelos direitos reprodutivos não pode ser nivelada pela lógica do livre mercado, sob risco de as mulheres serem penalizadas, transformando os direitos adquiridos em novas obrigações femininas e ofuscando debates importantes, como os relacionados a questões de saúde e éticas inerentes ao desenvolvimento e aplicação das NTRc.

O ponto vulnerável da postura que entende as NTRc como direito reprodutivo é, segundo ela, a possibilidade de considerar, em nome dos direitos, todas as tecnologias reprodutivas num mesmo patamar, minimizando os riscos e interesses em jogo que, em diferentes níveis, cada qual comporta.

Para Scavone (2004, p. 68), “[...] a luta pelos direitos reprodutivos deve estar associada à questão da efetivação de políticas públicas de saúde que realmente beneficiem as mulheres, oferecendo escolhas e possibilidades de realizá-las”.

Outra questão levantada é a problematização do desejo de filhos como direito reprodutivo. Para Corrêa (2003), a transformação do desejo em um direito a ser positivamente garantido por tecnologias reprodutivas e por assistência tecnológica poderia vir a anular o direito à não reprodução. A redescrição da ausência não desejada de filhos como direito à reprodução em nome do desejo de filhos poderia expelir o direito de se permanecer sem filhos sem sofrer pressões por busca de tratamento e sem ser estigmatizado.

Isto posto, as noções de direitos reprodutivos e direitos sexuais, levando em consideração as críticas e questionamentos acima mencionados, orientam nossa análise a fim de que possamos compreender as implicações para o exercício desses direitos e também da autonomia das mulheres no contexto do desenvolvimento das novas tecnologias reprodutivas conceptivas e do debate sobre a aplicação dessas tecnologias, considerando o poder e o controle médicos da reprodução e as questões relativas à saúde no Brasil, sobretudo à saúde reprodutiva das mulheres.

O DEBATE FILOSÓFICO DENTRO DO FEMINISMO: A BIOÉTICA FEMINISTA

O debate sobre as novas tecnologias reprodutivas conceptivas envolve questões morais e éticas de suma importância também para a sociologia. A mercantilização do corpo e da reprodução, o eugenismo, a instrumentalização do ser humano, a manipulação do corpo feminino e o controle médico da reprodução são questões que necessitam ser melhor esclarecidas e discutidas. Também o papel da mulher na reprodução e a questão da maternidade como um imperativo social no contexto das NTRc.

O referencial da bioética feminista foi por nós adotado a fim de que possamos compreender melhor as questões relacionadas à ética e à autonomia das mulheres no contexto de desenvolvimento e aplicação das NTRc, considerando que essa problemática está inserida no contexto mais amplo do surgimento da bioética.

A bioética feminista compreende a análise de todas as questões bioéticas sob a perspectiva feminista. E, indo mais além, de acordo com Diniz e Guilhem (2008b), a bioética crítica, não só a de inspiração feminista, é a análise de todas as questões bioéticas, seja a eutanásia, o aborto ou a alocação de recursos em saúde, sob o compromisso compensatório dos interesses dos grupos e pessoas socialmente vulneráveis. As autoras consideram para a definição de bioética crítica três eixos conceituais como referência: classe, raça e gênero.

Diniz e Vélez (1998) optam pelo uso do termo “bioética feminista” por considerarem que existe entre as recentes publicações das pesquisadoras da bioética de inspiração feminista um corpo teórico sólido e bem fundamentado que justifica seu conceito agrupador.

Segundo Diniz e Guilhem (2008a), a bioética de inspiração feminista surgiu formalmente no início dos anos 1990, com a publicação das primeiras pesquisas e ensaios sobre o tema, embora as reflexões sobre ética feminina e feminista existam desde os anos 1960. Estes estudos interrelacionavam o tema do feminismo com a bioética, mas não se restringiam a isso.

A proposta inicial da Bioética feminista não se restringia à entrada dos estudos feministas no campo da ética aplicada, ou seja, não visava apenas à incorporação do feminismo às ideias bioéticas imperantes. Na verdade, a força da Bioética de inspiração feminista se concentrou na perspectiva crítica do feminismo – qual seja, o olhar crítico frente às desigualdades sociais, em especial, a assimetria de gênero – como um agente potencial de provocação dos pressupostos universalistas e abstratos da Bioética principialista (DINIZ; GUILHEM, 2008a, p.1).

Por isso, conforme as autoras, paralela à entrada dos estudos de gênero e do feminismo na bioética, outras teorias com forte apelo crítico, tais como as anti-racistas, de estudos culturais ou de sociologia de classe, que as autoras denominam de *teorias críticas* da bioética ou *bioética crítica*, aportaram seus pressupostos na pauta teórica da bioética. No entanto, não era preocupação inicial da bioética feminista constituir-se como a contrapartida crítica da teoria principialista da bioética⁴⁸, “apesar de tal fato estar a cada dia se consolidando, haja vista o número de publicações, artigos e estudos que consideram o pressuposto feminista, isto é, o de crítica a todas as formas de opressão social como referencial analítico” (DINIZ; GUILHEM, 2008a, p.1).

A crítica à teoria principialista veio acompanhada de uma revisão da bioética como disciplina. “Os estudos de bioética feminista, por serem marcadamente analíticos, propõem uma revisão dos pressupostos básicos da bioética e é exatamente esta pérola argumentativa que vem incomodando o *status-quo* da disciplina” (DINIZ; VÉLEZ, 1998, p. 263).

Porém, inicialmente, até mesmo as pesquisadoras feministas da bioética foram seduzidas pelos pressupostos da teoria principialista. Ou, segundo o que as autoras afirmam, houve uma espécie de acomodação de muitas feministas pelas propostas da teoria dos quatro princípios. Entre outras razões possíveis, por um

⁴⁸ Esta corrente da bioética foi abordada mais detalhadamente no capítulo IV, página 75.

lado, tal acomodação do feminismo decorreu do fato de que certas premissas do principialismo tocavam em questões fundamentais dos estudos de gênero, como o princípio da beneficência. Por outro, ainda hoje o apelo ao princípio da autonomia como referência à mediação dos conflitos morais é fundamental à prática reflexiva, fato que se justifica por ser este um princípio ético do feminismo anterior à sua entrada na bioética (DINIZ; GUILHEM, 2008b).

Conforme Diniz e Guilhem (2008b), para muitas das teorias críticas, autonomia e liberdade são conceitos e princípios que se misturam na luta pela igualdade e na crítica a todas as formas de opressão social. Todavia, para além do princípio da autonomia, muitas vezes mecanicamente referenciado pelo principialismo, as perspectivas críticas apontam para a necessidade de se demarcar a fronteira de situações em que a autonomia pode estar mascarando a coerção da vontade.

Um exemplo comumente utilizado pelas teóricas feministas da bioética é o do uso e acesso às tecnologias reprodutivas. Há situações em que o consentimento das mulheres a essas tecnologias não indica o livre exercício da vontade, da autonomia ou dos direitos reprodutivos. Segundo as autoras, é preciso considerar a hipótese de que muitas mulheres submetem-se aos procedimentos de reprodução assistida como forma de adequar-se aos papéis socialmente esperados delas, considerando que a maternidade é praticamente um imperativo social (DINIZ; GUILHEM, 2008a).

Neste sentido, conforme Diniz e Guilhem (2008b), o desejo por filhos, associado à feminilidade no imaginário social, faz com que as mulheres submetam-se voluntariamente às terapias invasivas e de alto custo das novas tecnologias reprodutivas. Porém, muitas vezes, essa vontade pode ser fruto de uma pressão social e familiar, e não expressão de um desejo pela maternidade.

A interação efetiva do feminismo com as questões bioéticas permitiu que situações e abordagens tradicionalmente silenciadas pelos pressupostos éticos universalizantes, seja do principialismo ou da ética deontológica, fossem postos na mesa de discussão de congressos internacionais e nacionais, debates sociais e acadêmicos e, mais recentemente, em salas de aula no ensino e na pesquisa da bioética (DINIZ; GUILHEM, 2008a).

O nó da discussão trazido pelas teorias críticas foi o pressuposto de que é bastante problemático falar de princípios absolutos mediadores dos conflitos morais, tais como a autonomia ou a liberdade, em contextos de profunda desigualdade social, nos quais os oprimidos mesclam-se aos vulneráveis (DINIZ; GUILHEM, 2008a), como no caso do Brasil.

Ou seja, antes de apelar para princípios éticos sublimes, e muito provavelmente, com forte grau de adesão entre os pesquisadores da bioética de todo o mundo – tais como o princípio de liberdade ou dignidade humana –, a tarefa da bioética deveria ser a análise, a discussão e o desenvolvimento de mecanismos éticos de intervenção perante todos os tipos de desigualdade social (DINIZ; GUILHEM, 2008b, p. 101).

A tarefa primordial da bioética não seria a apresentação do mapa ético de como a humanidade deveria ser – se regida pela beneficência, não-maleficência, justiça ou autonomia –, mas sim, a procura por mecanismos de reparação social que tornem esses princípios eficazes. De princípios éticos universais, se passaria, portanto, para a defesa de princípios compensatórios da vulnerabilidade social (DINIZ; GUILHEM, 2008a).

Em razão disso, conforme Diniz e Guilhem (2008a), a bioética feminista não deve ser considerada sexista, porque, antes de reduzir-se à questão das mulheres, a bioética feminista faz parte de um projeto mais audacioso de resgate dos tradicionalmente postos à parte dos estudos éticos: os oprimidos (DINIZ; VÉLEZ, 1998). Assim como a bioética de inspiração e compromisso anti-racista não diz respeito apenas às questões de minorias raciais ou étnicas, mas aos direitos e dignidades das populações subjugadas e que foram, erroneamente, julgadas inferiores por moralidades historicamente mais poderosas (DINIZ; GUILHEM, 2008a).

Assim sendo, mais do que a defesa da condição feminina, dos direitos das minorias raciais ou mesmo dos interesses de grupos socialmente não-hegemônicos, a bioética crítica e, particularmente, a bioética crítica de inspiração feminista, traduz e representa esta nova onda reflexiva da bioética em que aqueles (as) historicamente desconsiderados (as) nos estudos éticos, sejam eles (as) mulheres, crianças, minorias étnicas e raciais, deficientes físicos e mentais, idosos, pobres, passam a compor a pauta de discussões (DINIZ; GUILHEM, 2008a, p. 2).

Os estudos da teoria crítica aplicados demonstram a necessidade de se modificar não apenas os pressupostos hierárquicos de gênero, classe ou raça imperantes nas sociedades, mas também que é fundamental refletir sobre os pressupostos ideológicos da própria bioética (DINIZ; GUILHEM, 2008a).

De acordo com Diniz e Guilhem (2008a), Susan Wolf, uma filósofa estadunidense, denominou o conjunto ideológico que nutre a bioética, especialmente a teoria principialista, por "estrutura profunda da bioética", que seriam os pressupostos absolutos, ocidentais (euro-americanos), racistas, classistas e sexistas que inspiram boa parte das teorias bioéticas.

Conforme Wolf (*apud* DINIZ; GUILHEM, 2008a), o "muro de separação" entre as teorias críticas e a bioética tradicional e, mais propriamente, entre o feminismo e a bioética, deve-se basicamente a certas preferências ideológicas da disciplina: 1) por regras e princípios abstratos que não levam em conta as diferenças individuais e contextuais; 2) pelo individualismo liberal que obscurece a importância dos grupos; 3) por espaços institucionais de aplicação prática, tais como governo, escolas/faculdades de medicina ou hospitais e 4) pelo isolamento frente às teorias críticas da pós-modernidade.

A consequência mais imediata dessa estrutura de pensamento bioético é que apenas algumas vozes e interesses foram incluídos na pauta bioética, deixando à parte um conjunto de indivíduos e grupos, tradicionalmente oprimidos e vulneráveis. Foi desenvolvida uma bioética voltada para as pessoas que têm acesso ao serviço de saúde e com um corpo médico disposto a escutá-las, compreendê-las e respeitá-las como seres humanos. "Essa é uma bioética para privilegiados" (WOLF *apud* DINIZ; GUILHEM, 2008a, p. 3).

As pesquisadoras feministas da bioética analisam criticamente e apontam os limites das primeiras teorias bioéticas, ou seja, o principialismo, defendido por Beauchamp e Childress, na consideração da vulnerabilidade social. Muitas autoras consideram a teoria dos quatro princípios incapaz de incluir conceitualmente a categoria "outros (as)" e demonstram o quanto as diferenças de gênero, raça e classe não foram consideradas pelo principialismo (DINIZ; GUILHEM, 2008a).

Com isso, as teorias bioéticas podem acabar convertendo-se em mecanismos de defesa da ordem estabelecida, impedindo que vozes discordantes da hegemonia social tenham acesso à crítica moral (DINIZ; GUILHEM, 2008a).

Para Sherwin (*apud* DINIZ; GUILHEM, 2008a), ao reproduzir o viés hierárquico de gênero, classe, raça e profissional, a bioética converte-se em um corpo teórico e prático, antes facilitador dos interesses dominantes que mesmo crítico da ordem social: "a organização da bioética reflete a estrutura de poder que domina os sistemas de saúde, o que, por sua vez, reproduz as estruturas de poder da sociedade mais ampla" (p. 4).

No intuito de demonstrar o quanto as hierarquizações profissionais dominam o pensamento bioético, Sherwin (*apud* DINIZ; GUILHEM, 2008a) questiona o porquê de os dilemas morais analisados pelos pesquisadores da bioética considerarem insistentemente a figura do médico ou mesmo o ponto de vista da medicina, da ética deontológica médica, como contrapartida ética.

O fato é que esse deslize da casuística bioética, esse ofuscamento dos interesses morais de outras profissões biomédicas, vulnerabilizadas pela desigualdade técnica frente à medicina, aponta e reforça a crença de que o trabalho do médico é não apenas tecnicamente mais importante, mas também detentor de uma maior legitimidade moral em casos de conflito, não sendo necessária, portanto, a escuta de outras vozes. Ou seja, a menos que se encontrem mecanismos eficazes de compensação para a diferença que, em muitos casos, se converte em desigualdade, vulnerabilidade e exercício do poder serão sempre duas instâncias inconciliáveis da ordem social (DINIZ; GUILHEM, 2008a, p. 4).

A medicalização do discurso da bioética vem sendo, em alguma medida, a contrapartida da legitimidade acadêmica e profissional da disciplina, um fato representado até mesmo pela hegemonia de temas e situações clínicas da medicina em detrimento de outras experiências de conflito moral (DINIZ; GUILHEM, 2008a).

Para muitos teóricos da bioética, principalmente aqueles comprometidos com as teorias críticas, a união bioética-medicina vem sendo considerada não apenas um mecanismo de enfraquecimento da disciplina pelo conseqüente rebaixamento analítico das reflexões mas, acima de tudo, uma quebra de compromisso com certos ideais da própria bioética, entre eles o da pluralidade de vozes morais (DINIZ; GUILHEM, 2008a).

Na visão das autoras, não é de uma bioética como esta que os grupos e as pessoas socialmente vulneráveis necessitam para a defesa de seus direitos e interesses, mas de uma bioética capaz de, por um lado, romper com as amarras da transcendência etnocêntrica das teorias bioéticas tradicionais, especialmente a principialista e, por outro, contestar as estruturas de privilégio que a perseguem.

Para isso, é fundamental a consideração de perspectivas teóricas bioéticas compromissadas com a opressão social e a desigualdade de poder, pois, caso contrário, a bioética se converterá em um recurso argumentativo sedutor para a legitimação dos interesses hegemônicos de cada sociedade. Ignorar as experiências, os interesses e mesmo a vida moral dos tradicionalmente postos à parte das reflexões bioéticas, sejam eles os vulneráveis, os oprimidos, os desiguais, fará com que os fantasmas do elitismo, do absolutismo e do imperialismo rondem cada vez mais intensamente a bioética (DINIZ; GUILHEM, 2008a, p. 4).

“O que define a bioética feminista é a busca por mudanças nas relações sociais que se caracterizam pela dominação humana e pela subordinação e que impedem o exercício da liberdade” (DINIZ; VÉLEZ, 1998, p. 262).

Neste sentido, a bioética de inspiração feminista representa uma crítica: a uma epistemologia "essencial" da certeza; a uma ética feminina do cuidar; a um ser humano abstrato, genérico e universal; a uma visão superficial do conflito moral embasada nas relações hierárquicas; à manutenção do *status quo* da bioética (e também da medicina); ao absolutismo; à tolerância radical; ao liberalismo individualista ocidental, representado por uma autonomia sem limites; ao indivíduo como ponto focal de análise; à arbitrariedade e ao autoritarismo; à manutenção do discurso dominante que só faz perpetuar a opressão; à generalidade de princípios universais; e à acomodação teórica e instrumental da disciplina (DINIZ; GUILHEM, 2008b).

Ao invés disso, essa perspectiva propõe: uma epistemologia situacional da contingência; uma ética do cuidar associada à ética do poder; o respeito às diferenças de raça, classe social, etnia, idade, gênero, status marital, condições de saúde; orientação sexual, enfatizando que essas diferenças não são as mesmas entre indivíduos de diferentes grupos e comunidades; uma análise crítica profunda sobre as estruturas de poder presentes na sociedade e sua influência lesiva sobre a organização e hierarquização dos serviços de saúde; uma prática biomédica que

contribua para o fim da desigualdade e da opressão; a adoção de um relativismo aberto; o reconhecimento do erro moral da opressão; o pluralismo moral como exercício da liberdade e alternativa para o dissenso moral da contemporaneidade; a consideração do indivíduo em sua rede de relações sociais; o exercício da solidariedade, entendida como construção individual e coletiva; a importância da contextualização e adequação local dos princípios universais; o diálogo como forma de conhecer a intencionalidade e os diferentes posicionamentos morais na busca da mediação para os conflitos morais; uma análise crítica dos pressupostos fundamentais e do lugar de onde fala a bioética (DINIZ; GUILHEM, 2008b).

A ética feminista é resultado de uma perspectiva política explícita do feminismo, em que a opressão das mulheres é vista como política e moralmente inaceitável. Em nome disso, ela envolve não apenas o reconhecimento das experiências e práticas morais das mulheres, mas principalmente, incorpora uma crítica das práticas que determinam essa opressão (DINIZ; GUILHEM, 2008b, p. 105).

Entre as teorias da bioética, compreendemos que esta perspectiva se adapta melhor como suporte teórico para o nosso estudo. A bioética de inspiração feminista nos parece mais capaz de dar conta de toda a complexidade inerente ao desenvolvimento e à aplicação das NTRc e a sua discussão (ou não) no Comitê de Bioética estudado, considerando não somente questões macro-estruturais do nosso país, no que diz respeito à saúde e aos direitos humanos e, em especial, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, como também e, fundamentalmente, questões éticas e de gênero presentes nesse contexto e implicadas nesse debate. Questões como as relações de poder entre homens e mulheres na sociedade, do poder médico na aplicação das novas tecnologias reprodutivas conceptivas são analisadas à luz da perspectiva crítica da bioética feminista.

Se é válido analisar a problemática de gênero de forma mais ampla, incluindo várias esferas da sociedade, é preciso também situá-la no contexto atual do desenvolvimento das NTRc a partir de uma crítica filosófica.

Diante do exposto e aportando nossas reflexões sobre a aplicação das NTRc no referencial analítico da bioética feminista, entendemos este como fundamental para a formulação de uma crítica que optamos em fazer à bioética tradicional após as nossas leituras e também após a pesquisa realizada no Comitê de Bioética do HCPA.

À luz dessa perspectiva de abordagem, acreditamos poder compreender melhor o debate (ou a falta dele) sobre as NTRc no Comitê de Bioética clínica estudado. Também serão analisadas, com o suporte teórico da bioética feminista, questões como o papel de um comitê de bioética clínica nos casos práticos discutidos e a forma como a categoria gênero e as questões éticas suscitadas pelo desenvolvimento das NTRc estão presentes nos pontos de vista dos entrevistados, principalmente no que se refere à conduta médica na aplicação das tecnologias reprodutivas.

Os problemas éticos relacionados com o desenvolvimento e a aplicação das NTRc, como a redução embrionária, a clonagem, o diagnóstico genético pré-implantacional e as possibilidades de eugenismo, as gestações múltiplas e os riscos e consequências indesejáveis para a saúde das mulheres e dos bebês, muitas vezes não mencionados nem quantificados, são questões que a bioética, como disciplina que trata dos problemas referentes ao desenvolvimento tecnológico e suas implicações éticas, deve enfrentar. A bioética feminista, em nosso entender, traz consigo esse potencial crítico e a preocupação com as questões de gênero que queremos destacar nesta pesquisa.

CAPÍTULO VI

A ORIGEM DOS COMITÊS DE BIOÉTICA

A origem dos comitês de bioética ou de ética hospitalar⁴⁹ nos reporta aos Estados Unidos, nos anos 1960 (FRANCISCONI et al, 2009). A partir de 1962, em Seattle, surgiram discussões em torno da possibilidade de realização de tratamento de hemodiálise em pacientes renais crônicos. O excesso de pacientes e a carência de equipamentos ocasionaram a criação de comitês, compostos por leigos, que deveriam estabelecer critérios entre os pacientes para a utilização dos equipamentos (www.bioetica.ufrgs.br⁵⁰). A seleção dos pacientes estaria baseada em critérios não médicos (DINIZ; GUILHEM, 2008b).

Em 1968, foi proposta a criação de uma comissão de ciência da saúde e da sociedade ao Congresso Norte-Americano. Esta proposição se deveu, em grande parte, às discussões geradas pela realização do primeiro transplante cardíaco em seres humanos, em novembro de 1967, na África do Sul (www.bioetica.ufrgs.br). Na época, questionava-se a respeito da origem do órgão e da possibilidade de se garantir que o doador estaria realmente morto no momento do transplante. Essa situação levou a Escola Médica da Universidade de Harvard, em 1968, a procurar definir critérios para a morte cerebral, com o objetivo de controlar casos como esse (DINIZ; GUILHEM, 2008b).

Em 1973, foi proposta a criação de uma Comissão sobre Qualidade da Assistência à Saúde – Experimentação em Humanos. Esta nova proposta foi desencadeada pelo impacto causado pela divulgação dos experimentos realizados no Centro Tuskegee no estado do Alabama e no Hospital Geral da Universidade de Cincinnati. O primeiro foi um estudo que durou 40 anos de acompanhamento de 399

⁴⁹ Goldim (2008b) afirma que a utilização do termo Comitês de Ética Hospitalar já não é mais apropriada para nos referirmos aos Comitês de Bioética clínica. No entanto, na exposição desta seção, que trata da origem dos Comitês, continuaremos a fazer uso do termo, pois é assim que os relatos desse acontecimento são expostos na página de Bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul correspondente aos Comitês de ética hospitalar.

⁵⁰ A página da bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul foi bastante utilizada por nós neste capítulo. Porém, para não se tornar cansativo para @s leitor@s e sobrecarregar o texto, optamos por indicar ao longo da exposição somente o endereço principal e não os textos htm específicos. Estes são referidos em notas de rodapé. No caso aqui, o texto referido é "Comitês de ética hospitalar". Para mais detalhes, ver <http://www.bioetica.ufrgs.br/comitesdeeticahospitalar.htm>.

pacientes negros portadores de sífilis, que não receberam tratamento, como forma de acompanhar a evolução de seu quadro clínico (www.bioetica.ufrgs.br). Vale lembrar que esta pesquisa foi conduzida pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e que a penicilina, medicamento fundamental no tratamento da doença, já havia sido descoberta e era de uso corrente no tratamento da sífilis (DINIZ; GUILHEM, 2008b). O segundo foi um estudo, patrocinado pelo Departamento de Defesa dos EUA, sobre os efeitos de radiações sobre seres humanos, realizados com pacientes oncológicos. Como resultado desta comissão, em 1974, foi criada uma comissão permanente: a Comissão Nacional para a Proteção de Seres Humanos, que em 1978, foi alterada e ampliada, recebendo a denominação de Comissão Presidencial para o Estudo de Problemas Éticos na Medicina e Pesquisa Biomédica e Comportamental (www.bioetica.ufrgs.br).

A primeira sugestão de criação de Comitês de Ética em hospitais, publicada em revistas científicas, foi feita em 1975 pela pediatra Karen Teel, no Texas. A sua proposta tinha por objetivo ampliar o diálogo em situações clínicas individuais, como uma forma de dividir responsabilidades (www.bioetica.ufrgs.br).

O artigo exerceu influência sobre o Supremo Tribunal de Nova Jersey em sua decisão no caso Karen Ann Quinlan. A disputa judicial do caso Karen Quinlan, ocorrida em 1976, que adquiriu ressonância pública e provocou a criação de um comitê de ética no hospital onde a paciente estava internada, fez com que estes comitês se tornassem uma novidade associada ao surgimento da bioética nos Estados Unidos⁵¹ (AZEVEDO, 2002).

Em julho de 1987, entrou em vigor, em Maryland/EUA, uma lei obrigando a criação de comitês consultivos em hospitais, com o objetivo de assessorar na tomada de decisão em casos de doenças com risco de morte. Esta consistiu na primeira lei que obrigava as instituições hospitalares a constituírem comitês de bioética (www.bioetica.ufrgs.br).

⁵¹ Este caso foi explicitado no capítulo IV.

Em 1994, a Associação Americana de Hospitais (AHA) propôs que em cada hospital fosse constituído um comitê de ética. O modelo norte-americano de comitê de ética hospitalar se espalhou pelo mundo (www.bioetica.ufrgs.br).

Conforme Francisconi e Goldim (1997), as atribuições de um Comitê de Ética Hospitalar normalmente consistem em: a) educar a comunidade interna e externa a respeito da dimensão moral do exercício das profissões ligadas à área da saúde; b) redigir e submeter à apreciação da administração do hospital normas e diretrizes que visem à proteção das pessoas, tanto pacientes como profissionais da saúde e membros da comunidade e c) oferecer consultoria a todos os profissionais e pacientes ou seus representantes que necessitem de apoio quando de uma tomada de decisão difícil do ponto de vista moral (www.bioetica.ufrgs.br).⁵²

Alguns autores, segundo Francisconi e Goldim (1997), propõem que sejam constituídos grupos de consultoria bioética, nos hospitais, formados por três ou quatro profissionais de diferentes áreas, com formação em bioética, que possam auxiliar seus colegas, pacientes e familiares na reflexão de problemas éticos. Outra alternativa seria a realização de reuniões clínico-éticas, com a participação de todos os segmentos envolvidos, com o objetivo principal de educar a todos na utilização de critérios eticamente adequados no processo de tomada de decisão (www.bioetica.ufrgs.br).

No Brasil, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi pioneiro no desenvolvimento destas atividades, ao criar o Programa de Atenção aos Problemas de Bioética (FRANCISCONI et al, 2009).

O PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS PROBLEMAS DE BIOÉTICA DO HCPA

Este programa foi implantado em novembro de 1993 e está vinculado à Vice-Presidência Médica (VPM) do hospital (www.bioetica.ufrgs.br). Foi criado com a finalidade de implementar ações na área de bioética clínica da instituição. Para isso, busca desenvolver atividades de apoio aos profissionais do hospital, pacientes e familiares que tenham dilemas morais em relação a ações assistenciais. Na ocasião,

⁵² Texto “Comitês de bioética” da página da UFRGS.

já havia no HCPA profissionais com formação específica em bioética.⁵³ Além desta atuação como Comitê de Bioética, o programa é também responsável pelo desenvolvimento de atividades educativas (www.bioetica.ufrgs.br⁵⁴).

Para implementar as ações do programa, foi constituído um grupo de trabalho, sem poder deliberativo, composto por médicos de diferentes especialidades, enfermeira, biólogo, assistente social, administrador, filósofo e advogado, os dois últimos não vinculados à instituição. A princípio, o Grupo desenvolveu várias atividades internas voltadas ao estudo de questões bioéticas, propôs questionamentos à Vice-Presidência Médica, visando a estabelecer critérios para a implantação de rotinas e procedimentos no hospital (www.bioetica.ufrgs.br).

Durante o primeiro ano do programa, não foi aberta a possibilidade de realização de consultorias com o objetivo de permitir que o Grupo de Trabalho realizasse uma série de atividades de formação e aperfeiçoamento interno de seus membros. De modo que somente em 1994, foram prestadas as primeiras consultorias do programa (www.bioetica.ufrgs.br⁵⁵).

As consultorias ocorrem da seguinte forma: no decorrer do mês, as equipes que procuram o Comitê são atendidas por três ou quatro membros do Grupo de Trabalho, quando se trata de casos que implicam urgência de resolução ou, são atendidas pela sua composição plena, durante a reunião mensal ordinária. Nas reuniões mensais, são relatadas as consultorias prestadas e discutidas as questões mais relevantes suscitadas durante o mês (www.bioetica.ufrgs.br).

Participam das reuniões os membros do Comitê e também os solicitantes da consultoria. Quando se trata de um caso em que haja necessidade de que os pacientes ou familiares envolvidos estejam presentes na reunião, estes são convidados pelo Comitê a participar.

⁵³ Médicos e biólogos, que participam do Comitê desde a sua criação, possuem a formação em bioética pelo curso oferecido pelo Kennedy Institut of Ethics da Georgetown University (EUA).

⁵⁴ Texto referido “a experiência dos Comitês de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”.

⁵⁵ Texto “consultorias bioéticas”.

Ao longo da existência do programa, diferentes áreas assistenciais, médicas e de enfermagem demandaram questões para serem avaliadas, e todas resultaram em recomendações por parte do Grupo de Trabalho. As áreas que mais demandam consultorias são: Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria, Oncologia e Hematologia (www.bioetica.ufrgs.br).

As consultorias realizadas pelo Comitê podem ser de dois tipos: por demanda ou proativas. As consultorias por demanda são aquelas solicitadas pelos profissionais ou outras pessoas envolvidas, que têm por finalidade esclarecer situações já existentes. As consultorias proativas são as realizadas sistematicamente numa mesma área e com finalidade preventiva (FRANCISCONI et al, 2007).

De acordo com Francisconi et al (2007), a consultoria de bioética tem por objetivo auxiliar no processo de tomada de decisão por meio da apresentação dos diferentes cenários possíveis, ou seja, com o aumento da complexidade, pelo exame dos fatos, circunstâncias, alternativas possíveis e suas consequências, levando em consideração os princípios e casos relacionados ao dilema.

Também são realizados *rounds* bioéticos que consistem em consultorias semanais em um mesmo Serviço do Hospital. Esses *rounds* começaram a acontecer em março de 1998 com a equipe multiprofissional da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico. Esta atividade consiste basicamente em uma consultoria proativa para casos de pacientes internados, em que os aspectos bioéticos são discutidos de forma conjunta com as demais considerações clínicas (www.bioetica.ufrgs.br).

As atividades educacionais realizadas pelo programa visam a atender os profissionais de saúde da própria instituição e os participantes dos programas de educação médica continuada realizados no HCPA, em conjunto com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (www.bioetica.ufrgs.br).

São realizados cursos de capacitação para os funcionários administrativos do HCPA que lidam com os prontuários de pacientes. Desde 1995, é realizado anualmente o curso de Introdução à Bioética, aberto à comunidade, durante a Semana Científica do HCPA e tem por objetivo capacitar profissionais, alunos e

membros da comunidade em tópicos básicos. Os Seminários de Bioética, de periodicidade mensal, têm por objetivo aprofundar questões ou debater pontos controversos (www.bioetica.ufrgs.br⁵⁶).

Para Francisconi et al (2009, p. 149), um Comitê de Bioética apresenta características específicas, e assim também as pessoas que são consideradas mais aptas para dele participar, de modo que este Comitê pode ser definido como: “um corpo interdisciplinar de pessoas que têm por objetivo ensinar, pesquisar, prestar consultorias e sugerir normas institucionais em assuntos éticos”.

Nas sociedades pluralistas, os Comitês de Bioética buscam as soluções para os dilemas éticos, fundamentando-se em normas morais defensáveis. Para isso, necessitam de pessoas que possuam, além de conhecimento, características como sensibilidade moral e equilíbrio, e que não sejam controversas ou dogmáticas (FRANCISCONI et al, 2009, p. 149 e 150).

O COMITÊ DE BIOÉTICA CLÍNICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Atualmente, o Comitê de Bioética clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre é composto por 18 integrantes, destes, 10 são homens e oito são mulheres. Entre os profissionais do hospital, estão: cinco médicos das seguintes especialidades: gastroenterologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria e medicina legal, entre os demais profissionais, encontram-se: três biólogos, o assessor jurídico do hospital, um representante da administração central, uma nutricionista, uma assistente social, uma enfermeira e uma psicóloga, e entre os membros externos, fazem parte um filósofo, uma jurista com especialização em bioética e dois representantes da comunidade: um jornalista e um professor de psicologia da UFRGS, ambos aposentados. Segue-se a relação⁵⁷ dos membros:

⁵⁶ Link “Programa de educação continuada em bioética”.

⁵⁷ Destacamos a fala de uma entrevistada que manifestou a surpresa por não fazer parte do Comitê algum representante da área farmacêutica.

Pertencentes ao Hospital		De fora da Instituição	
Área	Idade	Área	Idade
Médico gastroenterologista	62 anos	Jurista especialista em Bioética	42 anos
Biólogo	54 anos	Filósofo	61 anos
Bióloga	40 anos	Jornalista aposentado	79 anos
Bióloga	37 anos	Professor aposentado	_____
Médico Psiquiatra	64 anos		
Médico Legista	66 anos		
Médico Pediatra	56 anos		
Médica Ginecologista e Obstetra	39 anos		
Nutricionista	37 anos		
Psicóloga	43 anos		
Assistente Social	_____		
Enfermeira	_____		
Advogado	55 anos		
Administrador	40 anos		

Existem os membros chamados de “pessoas-chave” do Comitê pel@s entrevistad@s, que são os três biólogos, o médico legista e professor da Faculdade de Medicina da UFRGS e o coordenador, que é médico gastroenterologista. Os três biólogos participam do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA. Estes profissionais também são os que possuem uma formação acadêmica em Bioética. São as pessoas responsáveis em atender as consultorias ao longo do mês e de levar para as reuniões mensais o relato aos demais membros do Comitê dos casos atendidos, isto é, das consultorias prestadas e das sugestões encaminhadas para aqueles casos, e também levam as consultorias solicitadas para discussão na reunião ordinária.

O Comitê como um todo se reúne mensalmente e discute os casos que são trazidos, o que é possível que se aguarde a reunião mensal. Mas, no dia-a-dia, as consultorias que vão surgindo são atendidas por algumas pessoas do Comitê, não todas. [...] Depois nós as levamos para o Comitê em geral. Em bioética, muitas vezes não se pode esperar uma reunião mensal, tem que se decidir na hora, enfim, junto com a equipe [solicitante], tomar alguma decisão, auxiliar na busca de uma solução para o caso ou conflito. Quando é possível, havendo tempo e não prejudicando o paciente, não prejudicando ninguém, se aguarda a reunião, se não, a consultoria já inicia, às vezes chegando até a alguma solução e, após, é relatada na reunião para os outros membros (bióloga, 40 anos).

Conforme Francisconi et al (2009), os casos mais frequentemente levados à consideração do Comitê de Bioética são os mesmos normalmente descritos na

literatura: a) conflitos de conduta, quando pelo menos dois caminhos técnica e cientificamente corretos, mas com repercussões morais distintas, podem ser seguidos; b) suspensão de tratamentos que impliquem a morte do paciente, por exemplo retirada do respirador dos pacientes em coma irreversível; c) conflitos entre a vontade das partes: paciente, sua família e equipe de saúde; d) ordens de não reanimar o paciente; e) mal formações congênitas: interrupção de gravidez ou “não investimento” no paciente; f) introdução ou retirada de medidas extraordinárias de tratamento em pacientes com prognóstico duvidoso por variáveis médicas; g) problemas de confidencialidade e privacidade de pacientes da instituição, principalmente os HIV positivos.

De 1994 até o presente momento, foram prestadas 1462 consultorias. E, de acordo com Goldim (2009)⁵⁸, desde julho deste ano, as consultorias estão sendo registradas no prontuário eletrônico dos pacientes, passando a fazer parte da documentação legal associada ao atendimento dos pacientes na instituição.

Um caso é levado para apreciação do Comitê de Bioética quando envolve um conflito ético.

Se tiver algum conflito, sim. O Comitê não é um Comitê que regulamenta qualquer coisa dentro do hospital. Para uma consultoria chegar ao Comitê, precisa envolver algum conflito ético e que não seja deontológico, porque aquelas questões de erro médico ou erro de enfermagem, erro de administração de medicamento, se não envolver algum conflito ético, isso tudo é visto na Comissão de Ética Médica ou na Comissão de Ética em Enfermagem. Então, num Comitê de Bioética, chegam aqueles conflitos mais filosóficos, que não têm uma solução deontológica (bióloga, 40 anos).

O Comitê de Bioética tem o papel de ajudar na reflexão, de auxiliar na busca de um consenso para o dilema moral, aumentando a complexidade da discussão com o profissional, com o paciente, com a família, no sentido de ver outras alternativas, de ver quais são as consequências dessas situações, possibilitando, com isso, a ampliação e o aprofundamento da visão sobre uma determinada questão.

O Comitê de Bioética clínica consiste em um órgão de consulta, que levanta questões e apresenta várias visões de diferentes categorias profissionais que,

⁵⁸ Informações obtidas por mensagem eletrônica.

eventualmente, vão ajudar o profissional ou a equipe assistencial a tomar uma decisão. Ao serem explicitadas as várias facetas que um determinado problema ou demanda, enfim, que um determinado conflito possui, a equipe que solicitou a consultoria, baseada nesses posicionamentos, toma a melhor decisão.

“O Comitê é fundamental para esclarecer e nortear condutas que achamos dúbias ou que poderiam suscitar maiores discussões além do aspecto legal” (médico e coordenador do Setor de RA do HCPA).

Isto posto, entendemos que o Comitê de Bioética do Hospital de Clínicas possui um importante papel nas reflexões que envolvam questões de conflitos éticos no que tange à assistência aos pacientes. A discussão em torno da aplicação das NTRc é de fundamental importância tendo em vista as questões éticas e de gênero envolvidas. Por isso, o próximo capítulo tratará do processo de discussão dos casos envolvendo NTRc no Comitê, que constitui o nosso objeto de estudo. Tratará também dos posicionamentos d@s entrevistad@s no que se refere às questões éticas e de gênero presentes no contexto de desenvolvimento e aplicação das NTRc.

CAPÍTULO VII

AS NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS NO COMITÊ DE BIOÉTICA CLÍNICA

O DEBATE E O PAPEL DO COMITÊ DE BIOÉTICA CLÍNICA NOS CASOS SOBRE NTRC

O processo de discussão dos casos envolvendo NTRC no Comitê de Bioética clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, bem como seu papel nesse debate, são analisados considerando, por um lado, a ética do discurso em Habermas (1989) e, por outro, a perspectiva da bioética de inspiração feminista (DINIZ; GUILHEM, 2008b).

Queremos ressaltar a necessidade de um debate ético a respeito dessas tecnologias, que não pode prescindir da elucidação dos diferentes fatores implicados nessa problemática. No entanto, buscamos contrapor à perspectiva habermasiana, que considera a busca do consenso como objetivo principal da ética do discurso, a bioética de inspiração feminista, que consiste em uma crítica e um questionamento à possibilidade de consenso diante das desigualdades sociais que assolam os países em desenvolvimento, como o Brasil. “Com raríssimas exceções, a característica dos temas bioéticos é exatamente a falta ou a impossibilidade de consenso moral (DINIZ; GUILHEM, 2008b, p. 116 e 117).

Questionamos a possibilidade de consenso no debate de temas bioéticos e entendemos a necessidade de refletirmos sobre a autonomia das pessoas diante da vulnerabilidade social, de acordo com os pressupostos da bioética feminista. Como falarmos em autonomia tendo em vista as desigualdades sociais, econômicas, de gênero, de raça/etnia presentes em países como o Brasil? O referencial teórico de Habermas consegue dar conta dessa problemática?

O nó da discussão trazido pelas teorias críticas da bioética, dentre elas, a bioética feminista, foi o pressuposto de que é bastante problemático falar de princípios absolutos mediadores dos conflitos morais, tais como a autonomia ou a liberdade – como queria a teoria principialista da bioética – em contextos de profunda desigualdade social, nos quais os oprimidos mesclam-se aos vulneráveis (DINIZ; GUILHEM, 2008b).

A bioética feminista considera a desigualdade social como uma instância necessária à reflexão bioética.

Diante do contexto de desenvolvimento científico e tecnológico, principalmente, das NTRc, a importância dos comitês de bioética como fóruns e espaços de discussão é fundamental, tendo em vista questões éticas e de gênero implicadas. É possível perceber a estruturação de um campo ético, visto que a ética começa a estar presente nos discursos dos atores sociais como, por exemplo, nos comitês de bioética (SANDALOWSKI, 2009).

No Comitê de Bioética estudado, os participantes procuram chegar a um consenso de qual é a melhor solução para cada caso analisado, ou seja, para o dilema moral ou conflito ético em questão. Todavia, os pacientes, poucas vezes, participam das reuniões. Os familiares, eventualmente, participam. O modelo proposto por Goldim (2006), denominado Bioética e Complexidade, utiliza a Ética da Razão Argumentativa (ética do discurso) de Habermas, como um dos referenciais teóricos para a avaliação dos casos trazidos à discussão no Comitê.

No nosso entender, questões éticas e de gênero necessitam ser levadas à discussão sobre as NTRc nos comitês de bioética, considerando suas implicações para a autonomia dos seres humanos envolvidos nas pesquisas e na aplicação dessas tecnologias, ou seja, nos tratamentos de reprodução assistida, em especial, as mulheres. Questões éticas mais amplas como as possibilidades de eugenia, os abusos decorrentes do poder médico e da ambição científica, os riscos para a saúde das pessoas sujeitas a essas tecnologias, principalmente as mulheres, e dos bebês nascidos dessas técnicas, também precisam ser abordadas. Ainda as desigualdades social, econômica, racial/étnica e de gênero, presentes no contexto de um país latino-americano, o que, muitas vezes, dificulta o próprio exercício da autonomia, não podem prescindir de uma discussão ética.

Tendo em vista que no Comitê de Bioética clínica são discutidos os casos que chegam para consultoria, a temática das NTRc não é debatida com frequência, já que não são tão comuns os casos que envolvam reprodução assistida levados ao Comitê. De acordo com @s entrevistad@s, no início do atendimento de Reprodução Assistida no hospital, eram trazidos mais casos para consultoria. Eram feitas

discussões mais amplas sobre as consequências e repercussões da aplicação dessas tecnologias. Mas, principalmente, o que se discutiu dizia respeito à forma como se daria o atendimento de RA no hospital.

O processo de discussão de casos que envolvam as novas tecnologias reprodutivas conceptivas no Comitê de Bioética clínica só ocorre quando um caso/problema não é solucionado no grupo de infertilidade⁵⁹, que faz parte do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA. Mais especificamente quando envolve questões éticas, o caso é levado para a apreciação do Comitê. É o que responde o entrevistado.

Um caso vai para discussão no Comitê quando suscita dúvidas quanto a sua execução, tanto do ponto de vista legal quanto do ponto de vista ético. [...] Sempre que achamos importante ou que a questão seja dúbia quanto ao parecer do Conselho Federal de Medicina (médico).

O grupo de infertilidade serve como um espaço de discussão com o intuito de esclarecer e orientar os casais que depois estarão sujeitos aos procedimentos de reprodução assistida.

De acordo com o coordenador do setor de RA, os casos mais paradigmáticos levados para discussão no Comitê de Bioética foram os seguintes: questionamento sobre gestação substitutiva; demandas de casal homossexual feminino e de casal sorodiscordante.

Ao perguntarmos como os casos haviam sido tratados e qual teria sido a sugestão do Comitê, o médico afirma que, no primeiro caso, a discussão evoluiu para aspectos legais, pois a Resolução do Conselho Federal de Medicina autoriza a gestação substitutiva somente para parentes próximos e foi então levada a resolução para o casal, não tendo sido realizado o procedimento. No segundo caso, o casal homossexual queria retirar o óvulo de uma das mulheres e fertilizar com sêmen de banco e, após, transferir o embrião para o útero da parceira, o que não foi realizado. No terceiro, não foi realizada a inseminação em uma mulher HIV positiva.

⁵⁹ A criação do grupo de infertilidade é inclusive anterior à criação do Setor de RA do hospital.

Quando perguntado se somente esses casos haviam sido levados para discussão no Comitê, ele respondeu:

Não. Estes são casos mais relevantes e que serviram de material para uma discussão na qual foram envolvidos profissionais de outros países (Alemanha, Itália, Grécia), sendo apresentada como mestrado da enfermeira Suzana Záchia, que trabalha em nosso grupo. Outros casos foram relativos ao desejo de realização das técnicas visando à escolha do sexo do embrião (médico, coordenador do Setor de RA do HCPA).

Záchia (2006) realizou uma pesquisa com profissionais de saúde que trabalham com reprodução assistida, do Brasil e de outros países, tendo por objetivo investigar a visão desses profissionais na abordagem de questões de reprodução assistida, desde uma perspectiva transcultural. Os casos mais paradigmáticos, tratados no Comitê de Bioética do HCPA e mencionados pelo médico, foram apresentados aos profissionais entrevistados. O objetivo era questioná-los sobre qual seria seu posicionamento em relação aos casos, com o intuito de analisar as diferenças culturais e regionais na avaliação e decisão dos profissionais. Seguem-se os casos, de forma mais detalhada.

No primeiro caso, uma mulher solteira, sem nenhuma intenção de ter um parceiro no futuro, com um bom nível sócio-econômico, adquiriu cinco amostras de sêmen em um banco (comercial) de esperma. Ela havia feito três inseminações sem sucesso. Veio a um centro de reprodução assistida solicitando que fosse realizado o processo de inseminação.

No segundo caso, um casal homossexual feminino que queria ter um filho solicitou a um médico de um serviço de reprodução assistida a obtenção de um oócito de uma delas, para ser fertilizado com sêmen de um banco de esperma. O embrião deveria ser transferido para a outra parceira, que atuaria como mãe substituta no objetivo de ambas participarem do processo ativamente, uma geneticamente, e a outra, gestando o bebê.

No terceiro caso, um casal heterossexual, desejando ter uma criança, solicitou que fosse feita uma inseminação homóloga, pois embora eles não sejam inférteis, a mulher é portadora do vírus HIV. A proposta de inseminação era para proteger o marido que não seria exposto a ter relações sexuais com ela sem

proteção – sem uso de condom. Na entrevista com os profissionais da equipe de reprodução assistida, o casal informou que, em caso de resposta negativa por parte do centro de reprodução humana em realizar a inseminação, eles tentariam de qualquer maneira tendo relações sem proteção, em prol de ter um bebê.

Ao se tratar dos usos das NTRc, desde uma perspectiva de gênero, é importante considerar os casais homoafetivos que procuram as tecnologias para ter filhos que possam ser biologicamente gerados a partir de gametas de um dos pais ou mães utilizando-se das técnicas de inseminação artificial ou fertilização *in vitro*. Há casos de mulheres homossexuais que decidem fazer a FIV utilizando o óvulo de uma das parceiras e o sêmen de um doador anônimo e, após a fecundação do óvulo, o embrião é transferido para o útero da outra. No caso discutido no Comitê de Bioética, a sugestão foi de não realizar o procedimento. Este pode ser, em nosso entender, um indicador da visão tradicional e conservadora do Comitê que constitui uma das hipóteses do estudo. Embora haja o impedimento pelas normas do CFM da gestação substitutiva entre pessoas que não sejam parentes de até segundo grau, os membros do Comitê entrevistados, tampouco o coordenador do Setor de RA, não nos deram essa justificativa para a não realização do procedimento.

De fato, não conseguimos obter muitas informações de como os casos são tratados, já que a maioria d@s entrevistad@s afirma não recordar de muitos casos discutidos no Comitê e, no que concerne à resposta do médico e coordenador do setor de RA, esta não nos fornece muitos detalhes. O que verificamos é que grande parte dos casos envolvendo reprodução assistida são discutidos no grupo de infertilidade. A fala abaixo corrobora essa afirmação.

Algumas coisas. Nesse tempo que eu (participo), em nenhuma reunião. Mas eles têm... Em situações anteriores, já foi discutido, no grupo de infertilidade (médica ginecologista, 39 anos).

No Comitê de Bioética, casos envolvendo reprodução assistida não aparecem atualmente com frequência para discussão. O que percebemos com os depoimentos a seguir.

Olha, eu estou há dois anos só no Comitê, de especificamente novas tecnologias reprodutivas, não me lembro da gente ter nenhum caso específico (bióloga, 37 anos).

Eu participo do Comitê há uns quatro ou cinco anos e, na minha impressão, fazendo uma estatística de memória, são levados, mas não constituem, não estão em ordem de frequência mais frequentes (médico psiquiatra, 64 anos).

Mesmo o coordenador, que também foi um dos membros que ajudou na criação do Comitê, afirma não se recordar de muitos casos trazidos para consultoria envolvendo NTRc.

Já, acho que aconteceu algum caso isolado, mas nada relevante assim, não tem sido uma pauta muito frequente. Não me lembro quantos casos nós tivemos, mas poucos (médico gastroenterologista, 62 anos).

A maioria d@s entrevistad@s, inclusive o coordenador, afirma que as discussões no Comitê são bem pontuais e dizem respeito às consultorias solicitadas e encaminhadas durante o mês e àquelas trazidas para apreciação nas reuniões específicas. Eventualmente, são feitas discussões mais abstratas, como percebemos pelo depoimento da entrevistada abaixo, porém, praticamente, não houve menção ao fato de questões referentes às NTRc serem discutidas em abstrato no Comitê atualmente.

[...] Então, assim, eu acho que essas questões de reprodução assistida muitas vezes elas são discutidas mais até em abstrato do que em concreto. [...] questões envolvendo doação de gametas, [...] envolvendo as novas terapias para reprodução assistida ou as consequências que elas poderão gerar, são questões que muitas vezes se discute, o Comitê discute quando a reunião está tranquila [...] (advogada, 42 anos).

No início do Setor de Reprodução Assistida do hospital, eram levados casos para discussão, eram suscitados maiores questionamentos. Atualmente, esse número de questionamentos diminuiu consideravelmente. Isso se deve ao fato de que, quando o setor foi criado, surgiram muitas dúvidas. Grande parte dos casos levados à apreciação do Comitê estava relacionada a questões objetivas como ao público que poderia ter acesso, à idade limite das mulheres para a realização dos procedimentos, às condições de oferecimento das técnicas. À medida que as dúvidas foram sendo sanadas e os procedimentos entraram para a rotina do hospital, houve uma considerável diminuição no número de casos levados para consultoria no Comitê. Como podemos verificar pelo depoimento abaixo.

Sim. Já foram tratados. É, eu agora não tenho presente exatamente o que foi debatido, mas eram questões, como estava no início do processo da questão da fertilização, havia dúvidas assim, desde questões bem operacionais tipo, o hospital cobrar por algum insumo do tratamento, questões do congelamento, dúvidas, por exemplo, dos pacientes com relação ao que fazer depois com os fetos já inseminados (embriões excedentes), enfim, coisas bem iniciais assim, que se tinha dúvidas, então o Comitê serviu como um momento de reflexão dessa etapa inicial. Depois, claro, já se tendo mais experiência, esse assunto já não foi mais debatido, já entrou numa rotina no Hospital (administrador, 40 anos).

A experiência diz respeito aos procedimentos que entraram para a rotina do hospital. As técnicas oferecidas são inseminação artificial, fertilização in vitro e injeção intracitoplasmática de espermatozóide. O hospital não possui bancos de sêmen, nem de óvulos.

Pelo depoimento abaixo, podemos ter uma relação mais abrangente dos temas e casos concretos discutidos pelo Comitê desde a sua criação.

Sim, desde o início, pois o hospital sempre teve essa área (reprodução assistida) muito forte, então a gente já teve não sei bem quantos casos que a gente já se envolveu... Porque, até hoje, o Comitê já deliberou em cima de umas 980 consultorias⁶⁰, mais ou menos. Dessas aí, eu posso te dizer que talvez umas, não chegam a 10%, na área de reprodução, e **nós tivemos muitos, muitos questionamentos quando o programa estava sendo implantado. Hoje em dia esse número de questionamentos diminuiu muito** porque, por exemplo, quando o programa foi implantado, vinham questões do tipo, qual era a idade limite para poder fazer procedimentos em mulheres. Aquela questão, de que como é um programa público, de que mulheres com mais idade têm menos possibilidade de sucesso, conseqüentemente, elas teriam mais tempo de permanência, impedindo que outras mulheres tivessem acesso. A questão de demandas de casais de homossexuais femininas que queriam ter acesso ao programa, questões que envolviam doação de sêmen de pessoas conhecidas e não doação anônima, questões que envolviam, por exemplo, congelamento de embriões, [...]. Todas as questões que envolvem coleta de material de embriões, de fazer testes preditivos de doenças genéticas em embriões, de fazer todos os exames pré-implantacionais, seleção de sexo, essas coisas todas, tudo isso passou pelo Comitê (biólogo, 54 anos).

Interessante destacar que, na fala do entrevistado, ao tratar do debate ocorrido no Comitê sobre a idade limite para que as mulheres possam realizar os

⁶⁰ A entrevista foi realizada em fevereiro de 2008.

procedimentos de reprodução assistida, em nenhum momento são mencionados os riscos para a saúde das mulheres que se submetem a essas técnicas.

Os questionamentos sobre seleção de sexo, de acordo com Záchia (2006), consistiram em um debate no âmbito teórico e não diziam respeito a um caso concreto. Assim como houve, no Comitê, conforme alguns entrevistado@s mencionaram, uma discussão sobre a questão do anonimato do doador. A respeito do debate sobre a idade limite para tentar a gestação, foi decidido que o hospital não iria impor limite de idade para as mulheres que buscam realizar o tratamento de reprodução assistida.

De um modo geral, poucas vezes os questionamentos envolveram casos específicos de pacientes, a não ser os casos mencionados no depoimento acima, e sim deram-se mais no âmbito geral e abstrato. São solicitadas as opiniões dos membros do Comitê no que tange às atividades desenvolvidas pelo setor de reprodução assistida do HCPA. Como a consultoria prestada que dizia respeito à criação de um banco de óvulos no hospital, no intuito de provocar o debate sobre as repercussões desse fato e de questionar qual seria, neste caso, a orientação do Comitê de Bioética. Esta discussão, no entanto, ocorreu há mais de dois anos. E o banco de óvulos não foi criado.

O fato de questões relacionadas ao desenvolvimento e aplicação das NTRc não serem tão discutidas no Comitê é associado à questão de a equipe que trabalha com reprodução assistida no hospital possuir formação em bioética. Antes de dar continuidade aos estudos ou ao tratamento dos pacientes, esse grupo leva os questionamentos ao Comitê, sempre que haja alguma situação de conflito.

Quando perguntados se, em algum momento, teria havido uma situação complicada envolvendo NTRc no Comitê e como teria sido resolvida, a maioria d@s entrevistad@s respondeu não se recordar de nenhuma situação. Apenas um entrevistado menciona os casos discutidos por terem suscitado questionamentos éticos.

Ah, eu acho que esse talvez tenha sido um dos grandes temas, né, tu vê, por exemplo, em 1995, quando veio a consultoria desse casal de lésbicas que queria ter um filho e elas queriam ter a dupla participação de uma doar o óvulo e a outra gestar, esse foi o primeiro

caso do mundo que teve (e) foi aqui, as americanas foi em 1997, em Nova York, e aqui nós já tínhamos tido esse caso em 1995. E naquela vez, a gente teve que passar por uma série de discussões internas para primeiro poder discutir essas coisas no grupo, propriamente dito, para a gente poder, por exemplo, vencer desconfortos que o pessoal tinha em termos de preconceito em questões de uma relação homoafetiva, de “por que essas mulheres queriam ter filhos com participação das duas?” “Por que não faziam diferente?” Aquela coisa toda. Então, sabe que foi muito interessante porque a gente pôde discutir e a gente pôde realmente separar o que era o problema em questão e o que eram preconceitos e outras coisas que entravam como confundidores na discussão. [...] (biólogo, 54 anos).

No entanto, nesse caso, a sugestão do Comitê foi de não realizar o procedimento, conforme já mencionamos anteriormente.

Houve um debate no Comitê a respeito de congelamento de embriões que centrou a discussão na questão do status do embrião. Todavia, pelo que podemos constatar, houve momentos bem pontuais em que temas relacionados às NTRc foram discutidos e questões éticas e outros problemas relacionados à aplicação dessas tecnologias foram abordados, como o relatado abaixo, concernente ao anonimato do doador de sêmen.

[...] A própria questão de discutir por que o anonimato do doador de sêmen, por que não pode ser alguém da família que se disponha a fazer isso? [...] A questão de poder importar material para usar aqui de sêmen importado foi outra discussão. [...] doação de óvulos entre mulheres também foi outra coisa importante que se discutiu [...] (biólogo, 54 anos).

Um caso vai para a apreciação do Comitê somente quando envolva algum conflito ético ou suscite questionamentos além do ponto de vista legal ou técnico. Sendo assim, questionamos o fato de não ocorrerem mais discussões que envolvam conflitos éticos no que se refere às NTRc atualmente. Tendo em vista tantas questões que perpassam essa problemática, algumas já abordadas no Comitê, como demandas de casais homossexuais femininas, mulheres soro-positivas, gestação substitutiva, doação de óvulos ou de sêmen, congelamento de embriões, redução embrionária, isso não é mais demandado ou já há decisões a respeito, por isso não é levado ao Comitê?

O Comitê de Bioética do HCPA não tem caráter deliberativo, apenas consultivo. Todavia, as sugestões feitas por ele, após a apreciação do

problema/caso, normalmente, são acatadas pelas equipes demandantes. O que nos leva a crer que ele é bastante atuante e exerce uma influência significativa sobre as decisões das equipes que solicitam as consultorias e sobre as decisões do hospital, conforme já mencionamos em outro momento (vide capítulo VI), como em relação à discussão sobre um banco de embriões congelados. Conforme um entrevistado: “até hoje o hospital não tem um banco de embriões congelados em função dessa discussão” (no Comitê).

Mesmo que o Comitê não tenha caráter deliberativo, ele influenciou para que não tivesse esse banco de embriões congelados no hospital.

A nossa recomendação era de que nós, na instituição, a história ainda não estava suficientemente madura para ser implantada e, quando a administração perguntou se isso era um assunto que já estava claramente resolvido, nós nos posicionamos que não era um assunto resolvido, que isso deveria passar obrigatoriamente pela discussão de qual era o status desses embriões e essa é uma discussão que está claramente em aberto (biólogo, 54 anos).

O Comitê de Bioética do HCPA goza de um status muito importante dentro do hospital.⁶¹ Acreditamos que as equipes assistenciais têm esse fato bem presente quando solicitam as consultorias e ao tomarem suas decisões finais.

A partir dos dados coletados, verificamos que são poucos os casos envolvendo NTRc levados para discussão no Comitê de Bioética clínica. Desde a sua criação, em 1993, e as primeiras consultorias, realizadas a partir de 1994, até o presente momento, foram prestadas 1462 consultorias.⁶² E, de acordo com um dos membros, as consultorias na área de reprodução assistida não chegam a 10% do total. E, ainda assim, essas consultorias foram solicitadas com maior frequência somente no início do atendimento de RA no hospital, que, praticamente coincidiu com a criação do Comitê. E, as discussões mais abstratas a respeito do desenvolvimento e aplicação das novas tecnologias reprodutivas conceptivas, considerando questões éticas e de gênero implicadas, principalmente no que se

⁶¹ O Laboratório de Bioética do HCPA, que é um órgão que desenvolve pesquisas na área de bioética e assessora os trabalhos do Comitê, ganhou status de Unidade recentemente, conforme informação que tivemos.

⁶² Dados fornecidos por mensagem eletrônica.

refere à conduta médica, são muito pouco abordadas pelo Comitê de Bioética, pelo menos, atualmente.

A pouca discussão de casos, ou seja, o baixo número de casos levados à apreciação do Comitê envolvendo as NTRc é por nós compreendido como um reflexo de uma bioética tradicional e da ausência de discussão e de crítica à persistência de relações de assimetria de gênero e aos abusos e ao poder médico, diante do desenvolvimento tecnológico. Temos presente, no entanto, que a composição do Comitê de Bioética, em sua maioria, são médicos, o que pode tornar delicado o tratamento de questões que envolvam os abusos médicos.

O fato de somente poucos casos envolvendo NTRc serem levados à apreciação do Comitê significa que a reprodução assistida já entrou para a rotina do hospital e que, por isso não são necessárias maiores discussões e aprofundamentos? Quais são os questionamentos feitos em relação aos riscos para as mulheres que se submetem a essas técnicas (superovulação, gravidez múltipla, etc.) e para os bebês que nascem de gravidez múltipla (hipotrofia, baixo peso, prematuridade)? Não existem praticamente pesquisas a respeito dos riscos para a saúde das crianças nascidas dessas técnicas. Não verificamos nenhum caso tratado no Comitê que envolvesse problemas relacionados à saúde das mulheres ou à saúde dos bebês nascidos dessas técnicas. Em nenhum momento foi discutido, por exemplo, algum caso de gestação múltipla, quando sabemos que sua proporção é em torno de 20% das gestações FIV.

Como ficam as questões de gênero diante de tudo o que foi constatado? O Comitê não é um fórum de controle e monitoramento da conduta médica em relação às NTRc? Porque esse é um dos papéis que ele acaba desempenhando dentro do hospital, mesmo não sendo esse o propósito, em relação aos demais problemas/temas discutidos nas reuniões e sobre os casos que chegam para consultoria.

Sendo assim, não há um debate de fundo. A discussão se dá em cima de casos concretos, como, de fato, se diz que é feito em Comitês de Bioética clínica. No entanto, o Comitê estudado recebe também o nome de “Programa de Atenção aos Problemas de Bioética”, o que, em nosso entender, significa a existência e a

preocupação com a discussão ampla e profunda em torno, não somente de casos concretos, mas dos problemas que a bioética, como disciplina que pressupõe a reflexão multidisciplinar sobre assuntos de interesse geral relativos à moralidade humana inerentes à prática das profissões biomédicas (AZEVEDO, 2002), deve se debruçar, dentre eles, os avanços científicos e tecnológicos, compreendendo aqui as novas tecnologias reprodutivas conceptivas.

Ao se focar a discussão somente em casos concretos, ignora-se o contexto mais amplo em que não somente o desenvolvimento e a aplicação das NTRc estão inseridas, mas também os próprios casos específicos discutidos.

Francisconi et al (2009) utilizam as apreciações de Cassarett (1998) sobre a perspectiva habermasiana para abordar o trabalho do Comitê e para argumentar a respeito do perfil exigido para os membros de um comitê de bioética para que se efetive o consenso necessário às decisões bioéticas.

Conforme os autores,

Cassarett (1998) cita a teoria filosófica de Habermas como elemento validador das resoluções de um Comitê de Bioética. De maneira sintética, podemos entender que a teoria desse autor afirma que quando um grupo de pessoas com bons princípios morais reúne-se e atinge consensos, o que foi acordado tem intrinsecamente significado moral. Diz também que quando existe um conflito entre as pessoas que integram os cuidados do paciente (a assim chamada “ruptura do consenso”), isto gera uma discussão de ordem moral. Neste momento, as pessoas envolvidas deverão necessariamente procurar um novo consenso, que terá um valor moral intrínseco. Casarett defende a ideia de que [...] um Comitê de Bioética, ao buscar o consenso em suas recomendações, está agindo exatamente dentro das ideias filosóficas de Habermas, que de certa maneira resgata um sentimento de objetividade e afasta o subjetivismo das resoluções morais, fornecendo os fundamentos para a validade de uma norma universalizável. Daí entende-se a proposição de que o consultor de bioética seja mediador e facilitador de debates morais cooperativos (FRANCISCONI et al, 2009, p. 153).

De acordo com esses autores, a estratégia de trabalho do Comitê sempre se pautou por seguir este caminho. Para isso, houve o cuidado de convidar para participar do grupo somente pessoas com conduta profissional reconhecida por seus pares como eticamente adequada. Sistemáticamente, a palavra é oferecida a cada um dos membros do grupo e somente as “opiniões consensuais” são apresentadas

às pessoas que solicitam as consultorias, na forma de recomendações do Comitê (FRANCISCONI et al, 2009, grifo nosso).

Para ser membro de um comitê de bioética, de acordo com seus participantes, é preciso ter um perfil não polemizador ou tendencioso. Essa posição fica evidente pelas palavras abaixo.

Não pode ser uma pessoa muito explosiva, não pode ser muito tendenciosa para alguma coisa ou outra, tem que ser uma pessoa que saiba contemporizar, que saiba ouvir, (que seja) calma, paciente (bióloga, 40 anos).

É possível questionar o porquê de as pessoas que participam de um comitê de bioética terem que apresentar um perfil que não seja polemizador nem tendencioso. Quem e por que seria tendencioso nesse caso? Não podemos visualizar aí um pressuposto de neutralidade? Não esquecendo que a neutralidade é também uma posição. É preciso questionar essa necessidade de neutralidade no que se refere aos temas bioéticos. Essas falas e esses escritos nos dão indícios da posição do Comitê estudado, isto é, vinculada a uma bioética tradicional, tão contestada pelas perspectivas críticas da bioética, principalmente a bioética de inspiração feminista.

Contrapor a bioética feminista à perspectiva habermasiana não significa discordar ou não considerar importante e necessária a busca do consenso para os problemas bioéticos. O que buscamos chamar a atenção é sobre a ausência de uma maior discussão no que se refere às questões de gênero envolvidas na problemática das NTRc, já que as mulheres são o objeto principal das intervenções, e também considerando a vulnerabilidade social da maioria da população que deve ser levada em conta nos temas abordados pela bioética.

Constatamos que o Comitê de Bioética do HCPA segue uma linha mais tradicional dentro da bioética, muitas vezes, ancorada no modelo proposto por Beauchamp e Childress, o principlismo, embora uma entrevistada afirme que o trabalho do Comitê orienta-se levando em conta uma gama de perspectivas teóricas para a análise dos casos concretos.

O Comitê não é diretivo, ele não diz qual o caminho que deve ser tomado, sempre essa solução é construída em conjunto. E, como nós trabalhamos dentro da linha de bioética e complexidade aqui

dentro do hospital, no sentido de complexidade como aquilo que é tecido junto, então, nós não usamos, por exemplo, uma linha, só principialismo ou casuística em específico, nós usamos todo esse referencial teórico em conjunto para buscar a melhor solução para aquele caso especificamente (bióloga, 40 anos).

A tabela abaixo corrobora a afirmação a respeito da orientação do Comitê. Quando observamos os temas das consultorias, verificamos que somente dois não dizem respeito aos quatro princípios adotados pelos autores da corrente do principialismo, ou seja: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Tabela 1 - Distribuição dos temas da consultorias de Bioética Clínica, 1994-7

Tema	n	fr
Autonomia	24	30,8%
Beneficência	9	11,5%
Justiça	13	16,7%
Não Maleficência	13	16,7%
Privacidade	17	21,8%
Veracidade	2	2,6%
Total	78	100%

Fonte: www.bioetica.ufrgs.br

Conforme Wolf (*apud* DINIZ; GUILHEM, 2008a), o "muro de separação" entre as teorias críticas e a bioética tradicional e, mais propriamente, entre o feminismo e a bioética, deve-se basicamente a certas preferências ideológicas da disciplina:

- 1) preferência por regras e princípios abstratos que não levam em conta as diferenças individuais e contextuais;
- 2) preferência pelo individualismo liberal que obscurece a importância dos grupos;
- 3) preferência por espaços institucionais de aplicação prática, tais como governo, escolas de medicina ou hospitais e
- 4) preferência pelo isolamento frente às teorias críticas da pós-modernidade.

Acreditamos que, principalmente, no que concerne aos itens 3 e 4, nós conseguimos observar no caso estudado. O Comitê de Bioética está instituído dentro

de um hospital e, nos escritos encontrados na página da bioética da UFRGS, não são mencionados os pressupostos das perspectivas críticas da bioética, tampouco da bioética de inspiração feminista.

Outras pessoas, que também estariam autorizadas a falar sobre NTRc (pesquisadores da área da bioética, pesquisadoras feministas, pesquisadoras e pesquisadores que trabalham com a temática das NTRc) não estão presentes no debate, não fazem parte do Comitê, inviabilizando que sejam contempladas outras perspectivas além do ponto de vista médico, outros olhares e visões, aspectos sócio-antropológicos, de gênero, políticos, econômicos e sociais envolvidos. Até mesmo médicos que trabalham com RA, apenas assistem às reuniões quando surge um caso concreto no hospital envolvendo RA, porque são eles que levam para a apreciação do Comitê.

O predomínio da visão médica pode significar a persistência de relações desiguais entre médicos e pacientes, entre médicos e outros profissionais que lidam diretamente na assistência dos pacientes, como os/as enfermeiros/as. Também pode significar a manutenção do *status quo* da bioética (e da medicina), como bem criticaram as pesquisadoras da bioética feminista (vide DINIZ; GUILHEM, 2008).

Para Sherwin (*apud* DINIZ; GUILHEM, 2008a, p. 4), "a organização da bioética reflete a estrutura de poder que domina os sistemas de saúde, o que, por sua vez, reproduz as estruturas de poder da sociedade mais ampla".

De acordo com Diniz e Guilhem (2008b), o ponto de partida da medicina é o que prevalece na maioria das decisões bioéticas. O trabalho do médico é considerado não só tecnicamente mais importante, mas também detentor de maior legitimidade moral em casos de conflito. É assim que, na maioria dos casos, vislumbramos a avaliação das situações tratadas em Comitês de Bioética. O que verificamos pelo depoimento abaixo.

...mas a tomada de decisão sobre se aceita ou não é normalmente da equipe assistencial. Isto, porque temos que respeitar também os valores, os pensamentos do médico, do enfermeiro, do médico cirurgião, do médico anestesista, do oncologista, do pediatra, de qualquer profissional de qualquer especialidade (médico legista, 66 anos).

Embora, em algumas falas, podemos constatar uma visão mais ampla pela qual se orienta o Comitê de Bioética estudado:

A grande contribuição que a bioética trouxe para a área da saúde, [...] especialmente, é de tu introduzires a quantidade de visões possíveis para o mesmo fenômeno, de tu saíres daquela visão meramente médica para atribuir uma diversidade de novas questões que possam ser abordadas, que possam ser revistas e, principalmente, no sentido de tu trazeres alguns componentes novos de discussão, de, por exemplo, introduzir variáveis sociais, variáveis econômicas, [...], e a bioética, ao ter essa questão interdisciplinar como ponto central, ela obrigatoriamente implica compartilhar conhecimentos, compartilhar sistemas de crenças, de valores, de vínculos, de tu poderes, de alguma forma, trazer esse componente muito racional, do que é legal e do que é moral (biólogo, 54 anos).

Para Diniz e Guilhem (2008a), a partir da incorporação da bioética feminista no debate bioético, se passaria de princípios éticos universais para a defesa de princípios compensatórios da vulnerabilidade social. Para que assim, se tenha, efetivamente, “uma bioética capaz de, por um lado, romper com as amarras da transcendência etnocêntrica das teorias principialistas e, por outro, contestar as estruturas de privilégio que a perseguem” (p. 4).

Após o exposto, podemos concluir essa seção com a citação das autoras Diniz e Guilhem (2008a, p. 3), considerando que a temática das NTRc ainda carece de uma maior inserção em comitês de bioética no Brasil e no debate bioético, de um modo geral, principalmente considerando a perspectiva de gênero e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Esse descaso, no entanto, se processa em um contexto em que a (in)diferença moral vem sendo analisada e comentada como nunca antes no campo dos estudos éticos aplicados à biomedicina. Fala-se das mulheres mutiladas ritualmente, dos religiosos Jeová que recusam a transfusão sanguínea, [...], de Baby Doe, entre tantos outros ícones da diferença moral eleitos pela casuística bioética. Essa iconografia bioética, contudo, parece somente reconhecer os distantes morais, ou mesmo os imorais, capazes de fazer uso da linguagem do poder, ou como considera Wolf: “Sim, (por um lado) a bioética reconheceu que os Testemunhas de Jeová ou mesmo que outros grupos religiosos possuem visões distintas, mas porque esses grupos exigiram isso na base da força. Por outro, a bioética raramente considerou que uma paciente ou uma enfermeira pudessem ter problemas porque fossem mulher, negra ou lésbica (...)”. Além disso, outro aspecto perverso desse *casuismo da crise* do discurso bioético é que o *casuismo ordinário*, o da imoralidade do racismo ou do sexismo, isto é, de práticas cotidianas e normalizadas pelas sociedades, é esquecido pelas teorias bioéticas. Fala-se

vulgarmente do Dr. Morte, uma figura romanesca no contexto das moralidades, mas não da ausência de leitos em UTI ou mesmo das práticas eugênicas do nazismo, mas não do racismo das estruturas profissionais de saúde. Com isso, a ameaça que permanece é que as teorias bioéticas convertam-se em mecanismos de defesa da ordem estabelecida, impedindo que vozes discordantes da hegemonia social tenham acesso à crítica moral (grifo das autoras).

NOVOS VALORES? MUDANÇAS NAS RELAÇÕES ENTRE OS SEXOS? O PAPEL DA MULHER NA REPRODUÇÃO E O CONTROLE MÉDICO NO CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DAS NTRC

Esta seção trata dos posicionamentos d@s entrevistad@s quanto aos seguintes fatores: o papel da mulher na reprodução, o fato de estar havendo mudança nas relações entre os sexos, o surgimento de novos valores ou mesmo de rupturas nos conceitos de paternidade e maternidade no contexto de desenvolvimento das NTRc, e ainda com relação ao controle médico na aplicação dessas tecnologias. Estas questões serão abordadas à luz dos referenciais teóricos de gênero, direitos sexuais e direitos reprodutivos, e da perspectiva crítica da bioética feminista.

A noção de gênero consiste em um ferramental teórico de fundamental importância para a compreensão das relações entre os sexos, do papel da mulher na reprodução e também dos processos que, de certa forma, após o advento das NTRc, podem vir a modificar as noções de maternidade e paternidade que até então prevaleciam em nossa sociedade.

Para Scavone (2001), a *fragmentação do papel de mãe* é um dos impactos evidentes para o que é chamado de *família artificial*. Com o advento das NTRc, a maternidade pode ser atribuída à mulher que, junto com o companheiro, solicitou que outra mulher gestasse, mas os óvulos e os espermatozoides pertencem ao casal solicitante. Neste caso, a mulher solicitante é a mãe biológica; ou pode ser atribuída à mulher que recebeu os óvulos de outra e, após a FIV, os embriões foram transferidos para o seu útero, neste caso, é a mãe gestacional. Também pode ser considerada mãe aquela mulher que nem participou com os óvulos e nem gestou, mas cuidou da criança ao nascer, é a chamada mãe social.

Este imbróglio de *papéis* não só pode causar problemas de ordem ética, jurídica para os quais nova legislação ainda está em elaboração, como também

pode causar impacto na própria definição dos *papéis* familiares clássicos, pois a concepção não se limitará mais aos genitores, já que pode se dar independentemente do ato sexual (SCAVONE, 2001, grifo da autora).

Para esta autora, a questão da realização da maternidade ganhou novos rumos com o incremento das tecnologias reprodutivas. Ao mesmo tempo em que podemos observar mudanças nos papéis tradicionais de pai e mãe, muitos estudos constataam um tipo de parentalidade, no qual as mulheres continuam tendo uma relação mais comprometida com os filho(a)s do que os homens, sendo ainda elas que assumem a maioria das responsabilidades parentais.

Contudo, também podem ser observados casos de homens assumindo mais responsabilidades, indicando tendências de transformações nas relações parentais e nas relações de gênero. O resultado dessas pesquisas reflete tanto as mudanças que estão ocorrendo no interior da família e da sociedade, como as ambiguidades de fundo que caracterizam um período de transição de modelos (SCAVONE, 2001).

No que concerne à nossa pesquisa, praticamente, tod@s @s entrevistad@s não percebem mudança no papel da mulher no processo de reprodução tecnológica. O depoimento abaixo comprova essa afirmação.

Bom, acho que a mulher continua com o papel de fornecedora das células. Não vejo muita modificação, diferença nisso, até porque depois ela vai gestar (médica ginecologista, 39 anos).

Essa resposta corrobora o que já havíamos mencionado anteriormente que, embora tenha ocorrido a entrada do homem no processo reprodutivo, no contexto das NTRc, as mulheres são associadas como provedoras de gametas (TAMANINI, 2003). Mesmo que muitas vezes haja a doação de gametas masculinos.

Ao mesmo tempo, parece haver uma simplificação do processo de medicalização da reprodução por parte d@s entrevistad@s como se este não tivesse nada de novo em relação ao processo reprodutivo natural. Parece que os riscos para a saúde das mulheres que se submetem a essas práticas e para a saúde dos bebês nascidos dessas técnicas não são levados em conta. Essa posição fica evidente com as falas abaixo.

Eu acho que é basicamente igual, apenas existe um momento em que ocorre uma intervenção, cirúrgica, quer dizer, não deixa de ser, torna a coisa **um pouco mais artificial** num momento, mas nós estamos constantemente apelando para o artificial (filósofo, 61 anos).

...o laboratório é apenas uma parte do processo. A gravidez, o parto e o puerpério, a amamentação e a criação vão continuar, é apenas uma parte, [...] O laboratório é apenas um momento, é um momento importante, complicado, mas uma vez desenvolvida a gravidez, [ela] é mais ou menos como as outras, óbvio, com o adicional dessa situação (médico psiquiatra, 64 anos).

O papel da mulher é desfocado no discurso médico dando lugar ao papel do casal no processo de reprodução no laboratório. Principalmente, no discurso de médicos que trabalham com reprodução assistida, como se comprova na fala a seguir.

O papel do casal é de participação total em todas as etapas, pois observa o crescimento dos folículos durante as ecografias e também no dia da punção e na transferência de embriões (médico).

A participação da mulher no processo de efetivação da reprodução assistida nos hospitais públicos ou nas clínicas privadas, sem dúvida, é fundamental e central, até porque as técnicas estão direcionadas quase que exclusivamente para o corpo feminino (SCAVONE, 2004). No entanto, do ponto de vista sociológico, entendemos que, no contexto de desenvolvimento das NTRc, houve uma fragmentação do papel da mulher e, conseqüentemente, uma perda do controle feminino da reprodução, dando lugar ao controle médico (SCAVONE, 2004). “Esta interferência que, via de regra, acontece no corpo feminino, diminui o controle das mulheres sobre seus corpos, dando lugar ao controle médico e científico dos mesmos” (SCAVONE, 2004, p. 70). Porém, esse processo praticamente não é percebido pel@s entrevistad@s.

É oportuno destacar um ponto que nos chamou a atenção na fala d@s entrevistad@s, que é o fato de que, muitas vezes, a procura por RA é tratada como uma questão de escolha. Neste sentido, não seria um problema de as mulheres estarem a mercê do poder e controle médicos da reprodução, já que ninguém as obriga a procurar por esse serviço. No entanto, de uma perspectiva sociológica, entendemos que, independentemente de as mulheres procurarem o tratamento para a realização de seu desejo de maternidade, o contexto de surgimento das NTRc representa, em grande parte, a ampliação do controle médico da reprodução (CORREA, 1998; SCAVONE, 2004). Desconsidera-se, também, neste caso, o fato

de a maternidade ser quase um imperativo social (ROHDEN, 2003; DINIZ; GUILHEM, 2008b).

Em pesquisa com médicos que trabalham com reprodução assistida, Tamanini (2003) verificou que seu discurso está voltado para o atendimento de um desejo da mulher que, segundo eles, “nasceu para ser mãe”, mas como não consegue ter filhos de forma natural, eles vão ajudar essa mulher a realizar seu sonho. O desejo de maternidade é naturalizado no discurso médico. É natural na mulher o querer ser mãe.

O depoimento abaixo é bastante ilustrativo do quanto a mulher fica refém das intervenções médicas no processo reprodutivo no contexto das NTRc.

Ele é cada vez mais central, se tu fores pensar. O papel da mulher nos procedimentos de reprodução assistida é cada vez mais central. Quando as pessoas olham de fora, parece que cada vez mais a mulher fica num plano secundário e o médico num plano mais central, não é verdade, porque, tu pensas assim, quem é que sofre o maior número de manipulações, quem sofre o maior número de intervenções, quem sofre o maior número de exames, de tudo? Sempre são as mulheres. Elas que vão ter que acompanhar o ciclo ovariano, elas que vão ter que fazer coleta de óvulos, elas que vão ter que fazer todos os exames para fazer monitoramento, extremamente invasivos, a coisa de colocação de embriões, de acompanhamento de gestação, de perda de gestações, tudo! Ou seja, é um investimento afetivo muito alto e ele se centra muito na figura da mulher, sem dúvida nenhuma. Ou seja, **aquilo que se pensou por um tempo que seria quase uma destituição do papel da mulher no [processo] reprodutivo acaba sendo a reafirmação dele** (biólogo, 54 anos, grifo nosso).

O depoimento acima comprova que as mulheres são as principais atingidas e solicitadas pelas técnicas reprodutivas. Muito mais do que os homens. No entanto, isso demonstra também a mediação médica e o papel de destaque do médico nesse processo. Contudo, o entrevistado entende que o papel da mulher na reprodução assistida é reafirmado. Compreendemos que, justamente em razão de a medicação e o tratamento, de um modo geral, estarem voltados para o corpo da mulher, é que podemos observar claramente uma questão de gênero, evidenciando-se o controle médico da reprodução e a fragmentação do papel de mãe (SCAVONE, 2001; 2004) nesse processo.

Ou seja, a mulher está no centro como objeto das intervenções e não como sujeito do processo. Como destaca Ramírez (2003a, p. 155), “a tecnologia reprodutiva, ao substituir algumas das funções corporais, desloca o lugar central das mulheres no processo reprodutivo e sua capacidade de agenciamento”.

As relações de gênero no contexto das NTRc ainda constituem relações de poder. Mesmo nos casos em que é comprovado que a infertilidade é masculina, as mulheres são também medicamente tratadas, fato que, conforme Tamanini (2003), é apresentado como crítica na literatura feminista. Ou seja, em casos em que é comprovada a infertilidade masculina, muitas vezes, seria somente necessária, a coleta do sêmen para se fazer a inseminação artificial. No entanto, em muitos casos, é utilizada a técnica da ICSI, que exige os mesmos procedimentos realizados na FIV, a hiperestimulação ovariana para coleta de óvulos. Ou seja, se a infertilidade é do homem, por que a mulher também precisa sofrer intervenções?

De acordo com Stolcke (1998), as novas tecnologias reprodutivas significaram um salto qualitativo no controle médico-técnico da procriação humana, considerando que seus objetos privilegiados são as mulheres, na medida em que, devido às diferenças fisiológicas reprodutivas, quer dizer, as diferenças de sexo, essas tecnologias requerem, acima de tudo, a manipulação do corpo feminino.

A grande maioria d@s entrevistad@s não percebe a reprodução assistida como objeto do controle médico. Muit@s deles misturam a decisão de recorrer ao tratamento de RA e o momento das intervenções médicas. Sua resposta é, muitas vezes, a mesma para essa questão: “procura quem quer”, “a mulher não é obrigada a procurar pela reprodução assistida”, “o médico não vai a sua casa e lhe impõe o tratamento”. Entendemos que o controle médico acontece no momento das intervenções e não na procura da mulher pelo tratamento de RA. Embora, visualizemos a maternidade como um imperativo social.

A mulher que não quer não precisa se submeter a isso. Eu penso que isso é uma decisão pessoal. Não é o médico que vai lá na casa da mulher: “ó, você deve ter um filho, tu deves fazer reprodução assistida”. É a mulher que pede ajuda, então, não é o médico que está controlando o corpo dela, é a mulher que, dona do seu corpo, está decidindo usar o recurso (médico psiquiatra, 64 anos).

Para outr@s, a reprodução assistida é percebida como tão controlada quanto a reprodução “natural”. Neste caso, observamos novamente a simplificação do processo de medicalização da reprodução. O depoimento abaixo evidencia essa afirmação.

Tanto quanto qualquer outra intervenção. O fato de a reprodução ser assistida ou não, não muda o curso **natural** da gravidez, que vai ser tão controlada quanto a gravidez resultante da relação sexual habitual. Então, eu não vejo isso como um controle por parte dos médicos sobre o corpo da mulher quando eles fazem reprodução assistida. **É um procedimento como outro qualquer** [...] (bióloga, 40 anos, grifo nosso).

Aqui, o que é importante destacar é a visão individualizada e individualista que noss@s entrevistad@s apresentam da realização da maternidade, ignorando as imposições sócio-culturais daquela à mulher. Ou seja, o que é levado em conta é somente o desejo da mulher pela realização da maternidade, o que, sem dúvida, é de fundamental importância. Contudo, ignoram-se as pressões sociais para que isso aconteça e desconsidera-se “o simbolismo social relacionado ao desejo de ter filhos e à naturalização da maternidade como norma essencial da vida da mulher” (GUILHEM, 2009, p. 2).

Para Rohden (2003), o que mais chama atenção nas pesquisas sobre NTRc são as permanências, especialmente as relacionadas às diferenças de gênero. Isso passa pela valorização da maternidade, que se traduz, de maneira singular, nas intervenções da ciência e da medicina, em particular.

Na verdade, estamos falando de um processo, no qual, o que está em jogo, a partir desse império da maternidade, é designar o que é da ordem do social ou do natural para as mulheres. No século XIX, isso era muito mais explícito nos textos médicos. Atualmente, embora o debate se complexifique com as novidades da ciência, é também preciso estranhar o imperativo da maternidade. Continua sendo muito recorrente na sociedade a ideia de que as mulheres têm que ser mães, de que é isso que as qualifica como mulheres, de que essa é sua missão no mundo (ROHDEN, 2003, p. 89 e 90).

No imaginário da sociedade contemporânea, ainda prevalece a perspectiva da mulher caracterizada por sua capacidade de procriar. Dessa perspectiva, parte a pressão social para que as mulheres tenham filhos, mesmo que à custa de uma intervenção médico-tecnológica (PINOS, 2003).

Além disso, a maternidade possui uma importância social, tendo em vista a preservação de um grupo social, e mesmo da espécie. Tanto é que, em países com baixa fecundidade, são implementadas políticas de estímulo à natalidade.

Conforme Scavone (2009, p. 4),

os motivos da escolha da maternidade podem estar ligados a inúmeras causas que, isoladas ou conjuntas, se explicariam no ponto de interseção do biológico, do subjetivo e do social: o desejo atávico pela reprodução da espécie, ou pela continuidade da própria existência; a busca de um sentido para a vida; a necessidade de uma valorização e de um reconhecimento social (como no caso de algumas mães adolescentes, ansiosas por ocupar um espaço de maior respeitabilidade na sociedade); o amor pelas crianças; a reprodução tradicional do modelo da família de origem, entre outros.

E, no contexto de desenvolvimento das NTRc, verificamos uma valorização acentuada da maternidade. Para @s entrevistad@s, o papel da mulher não mudou na maternidade com as NTRc. A mulher deseja ser mãe e se não pode de forma natural, se possui algum problema que leve à infertilidade, procura auxílio de um serviço especializado em reprodução, isto é, ajuda médica para realizar seu desejo.

No que se refere ao controle médico, alguns entrevistad@s entendem que haveria controle em termos de abuso médico, caso os tratamentos de reprodução assistida fossem propostos para pacientes sem problemas de fertilidade e, erroneamente, fossem feitos diagnósticos de infertilidade, não dando tempo para as mulheres gestarem espontaneamente.

Há estudos que indicam (ZÁCHIA, 2006) que, muitas vezes, os profissionais não dialogam com os pacientes a respeito de seu desejo de tratamento de RA, simplesmente, tentam impor-lhes a todo custo a intervenção.

No contexto de aplicação das NTRc, uma questão muito trazida pela literatura feminista é de que os médicos nem sempre informam suficientemente as mulheres (ou os casais) sobre os riscos e reais possibilidades de sucesso das técnicas (REDESAÚDE, 2003; TAMANINI, 2003).

Não, acho que não. (sobre o controle médico) [...] Uma coisa que pode acontecer de manipulação é, por exemplo, implantar mais embriões do que aquilo que é adequado. Por quê? Pode ser um objetivo de ambos: médico e paciente, para garantir o sucesso do procedimento e não ter que repeti-lo mais tarde porque querem logo

ter um filho ou pelo próprio custo, então seria. E, principalmente, se ele fizer isso, sem discutir com a paciente ou enganando a paciente: “Não, vou colocar quatro”, mas coloca seis, para garantir o seu sucesso profissional, isso pode ocorrer, isso é manipulação indevida. Agora, considerando a mulher como capaz legal e mentalmente de tomar decisões, se ela receber as informações adequadas, [...] acho que a gente tem que olhar é se o médico está ou não está informando a mulher sobre riscos, benefícios, sobre doenças. Essa tua pergunta é muito importante porque a gente tem condições de manipular as pessoas. Claro, a gente pode “dar com os burros n’água” também, mas vamos dizer, a gente pode enganar ou dirigir para lá ou para cá, até conforme o interesse próprio do médico e não necessariamente o interesse do paciente, embora o nosso código de ética diga textualmente: “o interesse do paciente deve se sobrepôr ao interesse do médico”. Agora, veja bem, isso é uma questão ética e de consciência (médico legista, 66 anos).

Na Lei Federal n.º 9.263, que trata do planejamento familiar, contemplando também a questão da infertilidade, fala-se no direito das mulheres a decidir livremente sobre “as ações que interferem sobre o corpo e sobre a vida”, exercendo assim a sua autonomia. Dessa forma, os riscos a que elas poderão estar sujeitas na aplicação dessas tecnologias e as consequências para a sua saúde e a saúde dos bebês devem ser informados.

No contexto da Lei 9.263, entende-se que exercer o direito à autonomia é decidir livremente sobre as ações que interferem sobre o corpo e sobre a vida, conhecendo-se os direitos já adquiridos e, principalmente, obtendo informação sobre os riscos que possam advir a partir de determinadas intervenções. A RA implica uma interferência, principalmente no corpo das mulheres, e estas devem estar informadas sobre todos os riscos que correm e de suas consequências, tendo garantida em todo o processo, acima de tudo, sua saúde física e mental e a saúde dos bebês gerados sob tais circunstâncias (REDESAUDE, 2003, p. 45 e 46).

Conforme @s entrevistad@s, no contexto de desenvolvimento e aplicação das NTRc, podem ser notados novos valores. Ao mesmo tempo em que podem não ser propriamente novos valores e sim novas situações, novos problemas éticos que se apresentam e que exigem novas reflexões. Essa posição fica evidente na fala da entrevistada.

Eu acho que não são novos valores, eu acho que são situações distintas que a tecnologia te apresenta. [...] Agora, eu acho, por outro lado, que são novas situações que exigem da gente uma reflexão distinta. Porque os valores, eles não são fixados, [...] a sociedade é dinâmica, então, esses valores, eles têm que ser reformulados, eles têm que ser observados, questionados, e eu acho que quando tu tens novas tecnologias, [...], eu acho que elas não revalidam novos

modelos como se fossem coisas impostas: “bom, a partir de agora, nós vamos ter novos valores”. Não, eu acho que essa [tecnologia] faz parte dessa dinamicidade social [...] então, tu vais ter novos problemas, tu vais ter que resolver esses problemas de uma maneira diferente da que tu resolvias, [...] porque tu não tens paradigmas, tu não tens precedentes, tu não tens uma história anterior, então, tu vais ter que, a partir daquele momento, fazer a velha pergunta da filosofia: “Para onde nós queremos ir?” Qual é o nosso limite de atuação? Até quando a gente vai interferir nesse processo? [...] (advogada, 42 anos).

As NTRc ampliam as possibilidades para além das pessoas com problemas de infertilidade e casais heterossexuais para, por exemplo, casais homossexuais formarem suas famílias. Mesmo que nem sempre suas solicitações sejam aceitas, ainda mais em hospitais públicos, em que os recursos são escassos, havendo assim a permanência de valores heterossexuais dominantes.

Alguns entrevistad@s apontam essas novas situações que a tecnologia está permitindo, ao mesmo tempo em que apontam também os problemas éticos que surgem a partir daí.

Um é esse que, por exemplo, não se pensava ainda, pode um casal de lésbicas, já se discutia se podia adotar, agora se uma delas pode procriar, e depois essa criança, sendo criada por duas mulheres, ou a adoção por dois homossexuais masculinos, pode? Qual vai ser a consequência para a criança? Isso é bom, isso não é bom? Isso é um desafio. Mas, é um fato novo, por mudanças que essas novas tecnologias estão trazendo, [...] como é que serão criadas essas crianças? Qual é a tendência? [...] Mas a gente está vendo que as coisas estão mudando (médico legista, 66 anos).

No entanto, para algumas pesquisadoras feministas, as NTRc podem muitas vezes reforçar valores tradicionais de gênero.

De acordo com Tamanini (2003), os valores que sustentam a ação de médicos e médicas sobre os corpos femininos e masculinos na procriação tecnológica reificam valores tradicionais de assimetria sexual. Ao mesmo tempo, permitem outras formas de abordagem terapêutica para a ausência de filhos e legitimam as práticas médicas na direção da família monogâmica e nuclear, mesmo que as tecnologias reprodutivas possam ser utilizadas por mulheres solteiras ou casais homossexuais.

A introdução de novos atores num processo que antes envolvia somente o casal, que é o processo de reprodução no laboratório, os novos tipos de família que

podem se configurar a partir desse processo, a fragmentação do papel materno, com diferentes tipos e possibilidades associadas às tecnologias reprodutivas, num contexto de mediação médica da reprodução, são questões referidas por alguns de noss@s entrevistad@s, como podemos verificar pelo depoimento abaixo.

Ah, sem dúvida, tu vais estar introduzindo terceiros numa coisa que era claramente uma relação privada. Tu pensas, por exemplo, em qualquer reprodução assistida, medicamente assistida, [...] o médico está se envolvendo numa coisa que antigamente era de cunho totalmente privado. E, na medida em que tu tens esse terceiro envolvido que manipula sêmen, que manipula óvulos, manipula um embrião, que introduz um embrião na mulher, que usa espermatozóides de outra pessoa que eles nem sabem quem é, que pega um óvulo de outra mulher, então, tu estás criando [novos tipos de] família, em última análise. Se tu fores pensar num sentido mais amplo, [...] para conseguir entender [...] o que é mãe social, o que é mãe genética, o que é mãe gestacional, se a mãe é a que pare, ou a que dá o óvulo, ou a que cria, entendeu? E que tu comesças a ter um desafio constante, sem dúvida nenhuma. Acho que junto com os transplantes, a área de reprodução assistida foi a que mais novidade trouxe para a área médica em toda a história, porque uma é tu introduzires no teu corpo uma coisa de alguém e a outra é tu teres a intromissão de outros numa prática reprodutiva que era entre um casal. Então, isso é uma coisa importante. Realmente importante. E não do ponto de vista social, que isso sempre teve, mas assim de tu teres isso mediado por uma situação médica (biólogo, 54 anos).

Conforme Scavone (2004), com a expansão das tecnologias reprodutivas, a experiência da maternidade (em alguns casos, da paternidade) muitas vezes está sendo mediada pelas técnicas disponíveis que, por sua vez, são arbitradas pela medicina e pela ciência em geral.

No contexto das NTRc, a relação natureza/cultura é fortemente abalada, as concepções de paternidade e maternidade estão sofrendo modificações. São novos valores. Falamos aqui não tanto de valores morais, mas de valores sociais.

Todavia, o contexto de desenvolvimento e aplicação das NTRc é paradoxal. Ao mesmo tempo em que surgem novos valores e novos modelos de família podem ser observados (SCAVONE, 2001), modelos tradicionais de família são reforçados, a reprodução é revalorizada como função social da mulher e a maternidade é vista como realização indispensável da feminilidade (TAMANINI, 2003).

Porém, pouc@s entrevistad@s mencionam esse fato.

Na relação interpessoal como casal, como na relação com o grupo socialmente, a questão da maternidade é sempre colocada como uma questão de ser o único papel da mulher, e que ela não é suficientemente mulher se ela não for mãe. Eu acho que isso é uma questão cultural imposta às mulheres, que cria uma obrigatoriedade das mulheres serem mães, [...]. Então, eu acho que o sentimento de maternidade nos tratamentos de reprodução assistida, ele é muito aguçado [...] (advogada, 42 anos).

Para Scavone (2001), a expansão da reprodução assistida no país e no mundo evidencia que o projeto de maternidade continua presente na vida das mulheres. Até porque a maternidade e a paternidade continuam sendo muito valorizadas na sociedade, e os casais com problemas de infertilidade sentem-se, muitas vezes, impelidos a procurar pelo tratamento porque são cobrados pela família, pelo grupo social, etc. (TAMANINI, 2003).

De um lado, se um casal não deseja ter filhos, pode vir a sofrer a pressão social para procriar, já que a via tecnológica possibilita a reprodução, ao menos, vende essa possibilidade às pessoas. Se é possível, então, por que não ter filhos? De outro, aquelas pessoas que desejem ter filhos geneticamente seus podem, ao menos, lançar mão de tentativas, mesmo que para isso sejam necessárias muitas tentativas, com altos investimentos financeiros e desgastes emocionais e físicos, o que por si só não é garantia de realização de seu sonho.

Para alguns entrevistad@s, os conceitos de paternidade e maternidade não sofreram modificações com o desenvolvimento das tecnologias reprodutivas. Estas não ocasionaram mudanças nos arranjos familiares que sempre existiram. Essa posição pode ser evidenciada com a fala a seguir.

Eu acho que a paternidade e a maternidade continuam da mesma forma, estes conceitos não mudam pela forma como foi gerada a criança. Da mesma forma que a mãe adotiva, sempre se ouve falar: “mãe é quem cria”. Nas comunidades mais variadas, acontece muitas vezes de outras pessoas, familiares em geral, criarem uma criança. [...] A mãe morreu, uma irmã cria, ou fica com a avó ou a vizinha, etc. Esses **novos** arranjos familiares **sempre existiram**. Então, o fato das novas tecnologias proporcionarem algumas mudanças, **é só outra forma de reorganizar o grupo familiar**, mas não acho que isso vá trazer grandes diferenças **nos reorganjos familiares que já existiam** (bióloga, 40 anos, grifo nosso).

Assim, também Heritiér (2000) entende que, com relação aos novos modos de procriação, os arranjos familiares e as fórmulas que pensamos serem novas são possíveis socialmente e já foram experimentadas em sociedades particulares.

A estrutura social sofreu transformações independentemente do desenvolvimento das NTRc.

Bom, essa é uma pergunta que eu te digo assim: o conceito de família já mudou há algum tempo independente dos tratamentos de reprodução assistida [...] mas eu acho que o papel, a maternidade em si, eu acho que ela permanece conectada muito à disponibilidade materna e à disponibilidade paterna. Então, mesmo aquelas pessoas que passam por doação de gametas e que vão gestar os filhos, nós vamos ter aí uma nova realidade jurídica a resolver. Tu vais ter doação de gametas a uma mãe que gera e o filho querendo saber quem são depois os doadores e por mais que tu tenhas feito a gestação daquela criança, geneticamente, ele não é teu filho. [...] eu acho que essa dinamicidade da estrutura familiar, [...], ela não foi provocada pelos tratamentos de reprodução assistida, ela foi provocada pela própria estrutura social, que mudou completamente (advogada, 42 anos).

Todavia, entre @s entrevistad@s, existem também outras interpretações. Para estes, as novas tecnologias conceptivas podem, ao mesmo tempo, reforçar o papel materno na reprodução e, provocar rupturas na função maternal. Essa posição fica evidente pelo depoimento abaixo.

Eu acho que depende da situação, se ela vai me forçar, acho que a [mulher] continua cumprindo isso dentro do quadro normal de mãe, de mulher e homem, se uma mulher é infértil, se um homem é infértil e essa nova tecnologia vai propiciar que essa mulher possa gerar um filho, isso vem reforçar a feminilidade, vem reforçar o papel materno e tal. Agora, em outras situações mais complicadas, ela vai provocar uma ruptura, que é uma ruptura aquilo que aconteceu, por exemplo, foi bem divulgada na mídia, aquela vó que gerou gêmeos, acho que foram gêmeos para a filha, é uma baita ruptura e que a moça, a mãe se tornou mãe gerando os filhos na barriga da mãe dela, então, se for pensar isso há anos atrás era inconcebível, é uma coisa, então aí tem uma ruptura muito grande. [...] (psicóloga, 43 anos).

Alguns entrevistad@s entendem que, no contexto das NTRc, surgem novas situações e que às vezes podem gerar conflitos. Quando a fertilização in vitro é realizada com a utilização de gametas dos próprios pais e depois é feita a transferência para o útero materno, parece não criar tantos conflitos. Na visão d@s entrevistad@s, os conflitos surgem quando é necessária a gestação substitutiva, a utilização de gametas de bancos de espermatozoides ou de banco de óvulos, questões que,

segundo eles, fogem ao “normal”, ao habitual e, assim, podem surgir conflitos que necessitam ser bem esclarecidos e discutidos.

As manifestações em relação à inseminação heteróloga, ou seja, com a utilização de sêmen de banco de esperma pelo casal, revelam um certo desconforto por parte d@s entrevistad@s, principalmente, entre os homens. Estudos demonstram que os homens costumam manifestar-se contrariamente à utilização de esperma de banco, preferindo, em vez disso, a adoção. Esse recurso, para eles, é associado ao adultério (TAMANINI, 2003), atitude que demonstra o machismo imperante em nossa sociedade.

A identificação com as figuras de mãe e de pai, e as novas formas de famílias homossexuais são também mencionadas, apontando as questões éticas implicadas nesse processo. Questões que serão melhor trabalhadas na próxima seção deste capítulo.

[...] nós estamos classicamente ligados ao casal heterossexual, identificação com a mãe, identificação com o pai, figura materna, figura paterna, essa coisa toda. Agora, como é que vai ser isso em um casal homossexual masculino e um casal homossexual feminino? As mulheres têm essa, mais esse detalhe ainda, de que elas mesmas podem gerar o filho. (O óvulo de uma e a outra gesta) Exato, e o esperma de um banco de esperma, não precisa nem ter contato com homem algum [...] (médico legista, 66 anos).

Além da possibilidade de casais homossexuais femininas gestarem seus filhos, no contexto das NTRc, ocorre outro fato novo: pela primeira vez na história da reprodução humana, surge a dúvida quanto à maternidade, o que antes era um fenômeno que estava somente associado à paternidade. Com tantas questões e processos envolvidos nesse terreno: doação de óvulos, gestação substitutiva, transferência de embriões, transferência de citoplasma⁶³, surge a pergunta: “quem é a mãe?”

⁶³ O citoplasma do oócito desempenha um papel importante nas diferentes etapas da fertilização e no desenvolvimento embrionário. Sabe-se que a qualidade do embrião está associada ao seu poder de implantação e, conseqüentemente, à obtenção da gravidez. Existem várias condições que diminuem a qualidade do oócito, levando assim à diminuição nas taxas de implantação e gravidez. Recentemente, desenvolveu-se uma técnica que foi denominada “transferência de citoplasma”, com o objetivo de aumentar a qualidade de um oócito, através da transferência de citoplasma extraído de um oócito “doador” de excelente qualidade para um oócito receptor com qualidade citoplasmática comprometida. Deste modo, a qualidade global do oócito melhora, aumentando as chances da

As mudanças nas relações entre os sexos são observadas como consequência das lutas dos movimentos feministas, da dinamicidade da estrutura social e familiar, em virtude, em grande parte, da entrada da mulher no mercado de trabalho, e dos processos que ocasionaram a liberação feminina, como a invenção da pílula anticoncepcional. Embora alguns @s entrevistad@s, muitas vezes, levem para o campo pessoal, a grande maioria acredita que esteja havendo mudança nas relações entre os sexos, mesmo que o desenvolvimento das NTRc não seja a causa direta desse processo. As falas abaixo corroboram essas constatações.

Frequentemente, a gente vê bastante stress num casal que procura o atendimento em reprodução assistida. Existe um desgaste emocional muito grande, às vezes até da dupla, na busca da gestação, nem sempre é fácil, é um processo demorado, que exige tempo, paciência e dinheiro, mesmo no Sistema Único de Saúde, tem alguns custos que não são cobertos [...] (médica ginecologista, 39 anos).

Ah, acho que sem dúvida nenhuma, se tu pensas assim, na medida em que, na década de 1960 se conseguiu desenvolver um método [...] [contraceptivo] que ficasse sob controle da mulher e não sob controle do homem como até então era feito, a mulher começou a poder ela própria se libertar. [...] aí sim, isso é uma ruptura porque [...], tu rompes [...] com uma visão moral dualista muito clara de que o homem tudo podia e a mulher nada podia e isso claramente teve repercussões. [...] E a liberação feminina teve repercussões importantes. E aí, é no âmbito da reprodução, não tanto no sentido do favorecimento, mas do impedimento, né? (biólogo, 54 anos).

[...] Agora, eu acho que essa dinamicidade da família faz parte do papel que a mulher passou a assumir na sociedade, a divisão do trabalho do lar, a divisão do trabalho externo, a dupla jornada, a tripla jornada da mulher, eu acho que tem aí tantos elementos que alteram esse perfil da família que, efetivamente, não dá para dizer que os tratamentos de reprodução assistida foram os responsáveis por isso (advogada, 42 anos).

Para Ardaillon (1997), quando se fala na possibilidade das mulheres controlarem sua fertilidade, ou serem mãe “se, e quando” quiserem, essas práticas abrem a perspectiva de uma mudança do status social da mulher, e, portanto, das relações entre os sexos.

A liberdade de decidir sobre a reprodução implica a realização da autonomia, ou melhor, da autodeterminação dentro do espaço social e cultural da reprodução que é o domínio mais complexo onde atuam as relações de gênero, as quais, na nossa sociedade, são relações

de poder (ARDAILLON, 1997, p. 90).

Ao mesmo tempo, são mencionadas as mudanças com relação às responsabilidades paternas na educação dos filhos, o que corrobora as afirmações feitas anteriormente no que concerne aos estudos referidos por Scavone (2001) que atestam que os modelos familiares estão passando por reformulações e que a participação dos pais nas atividades domésticas e de responsabilidade com os filhos vêm mudando.

Acho que isso é algo que a gente está mudando e que a gente vai construindo uma nova percepção dos papéis, né, tu percebes hoje homens assumindo papéis na vida dos filhos que têm uma importância fundamental. Tu percebes homens atuando diretamente na criação dos filhos, no dia-a-dia dos filhos, coisa que há um tempo atrás era mais raro. Hoje tu vês homens e mulheres dividindo tarefas domésticas, dividindo situações de criação dos filhos, guarda de filhos, cuidado com o filho, que era um papel mais feminino (advogada, 42 anos).

No entanto, em se tratando de NTRc, para Scavone (2004), as relações de gênero, na vivência da sexualidade e da reprodução, estão marcadas pela prática desigual das tecnologias reprodutivas: as mulheres continuam assumindo as questões reprodutivas, vivendo antigos conflitos na decisão da maternidade, muito mais do que os homens, apesar das inúmeras técnicas oferecidas no mercado.

Embora, é preciso destacar que, com as NTRc, as mulheres ganharam mais autonomia para postergar a maternidade, ou para realizá-la sem a necessidade de um parceiro, mesmo que, em algumas situações, este direito fique mais restrito às mulheres com maior poder aquisitivo, porque em hospitais públicos que oferecem essas tecnologias, além de serem poucos no Brasil, muitas vezes, os procedimentos não são realizados em mulheres solteiras em virtude do posicionamento dos médicos quanto ao direito da criança à paternidade (ZÁCHIA, 2006).

Nas falas d@s entrevistad@s, é marcante a atribuição do desejo da maternidade à mulher, uma ênfase bem maior dada do que com relação ao desejo de paternidade ao homem. Por isso, a tendência de atribuir a procura por RA somente à mulher como se, em todos os casos, a infertilidade fosse dela: “é a mulher que pede ajuda”, “é a mulher que, dona do seu corpo, está decidindo usar o recurso”. Quando sabemos que, entre as causas da infertilidade, de acordo com o

discurso médico, 40% dos problemas corresponderiam ao fator masculino e 40% ao fator feminino (RAMÍREZ, 2003a).

Notamos, ao mesmo tempo, a alusão ao casal que procura o tratamento de reprodução assistida, como no depoimento abaixo. Mas, na grande maioria das falas, o destaque da procura pelo tratamento é dado à mulher. Dessa forma, questionamos se é só a mulher que deseja a maternidade e se é só ela que tem problemas de infertilidade. O que isso pode significar? Um sinal da persistência de relações que demonstram o sexismo imperante no campo da medicina? E a maternidade à mulher como um imperativo social, muito mais do que a paternidade ao homem?

Eu acho que se a mulher chegou até o médico, convicta, por ter tomado essa decisão de procurar um serviço de reprodução assistida, é um sinal de que a decisão já está tomada pela mulher ou pelo casal. Acho que em geral é pelo casal, eu não tenho, pelos menos, no meu conhecimento, muita notícia de pessoas que vêm, mulheres sem companheiro que vêm procurar reprodução assistida, [...]. Então, eu acho que o papel da mulher é o mesmo, **ela deseja ser mãe** e, se possui algum problema que leve à infertilidade, ela procura auxílio de um serviço especializado em reprodução. [...] (bióloga, 40 anos, grifo nosso).

Após a exposição dos depoimentos da pesquisa com os membros do Comitê de Bioética clínica do HCPA, observamos que, por um lado, grande parte d@s entrevistad@s não percebe as mudanças no papel da mulher na reprodução no contexto das NTRc. Por outro, percebe a mudança de valores e algumas rupturas nos conceitos de maternidade e paternidade, mesmo que não tod@s, como também mudanças nas relações entre os sexos, não como consequências do desenvolvimento das NTRc, mas como fruto de vários processos ocorridos na sociedade, como sua própria dinamização, a entrada da mulher no mercado de trabalho e a invenção da pílula anticoncepcional. Ainda, o que mais queremos destacar é o fato de o controle médico da reprodução na aplicação dessas tecnologias praticamente não ser percebido pela maioria d@s entrevistados@. Parece haver uma simplificação do processo reprodutivo tecnológico, como se este não apresentasse nada de novo em relação ao processo reprodutivo “natural”. O que isso pode significar no momento em que a pesquisa foi realizada com os membros de um comitê de bioética instituído dentro de um hospital? Novamente a

manifestação de uma posição bioética tradicional, conforme mencionamos na seção anterior, tão contestada pela bioética crítica de inspiração feminista?

Segundo Corrêa (1998a), no contexto das NTRc, o que se percebe, até o momento, é um aprofundamento da apropriação do corpo feminino por parte da pesquisa biomédica no campo da reprodução e, nas palavras de Stolcke, um “reforço da maternidade como destino e responsabilidade da mulher” (STOLCKE *apud* CORRÊA, 1998a, p. 135), ainda que as novas tecnologias conceptivas e contraceptivas tenham oferecido às mulheres, ao menos nos países ricos, maior liberdade para decidir sobre seus corpos (STOLCKE, 1998).

Nas falas d@s entrevistad@s, podem ser verificados modelos tradicionais dos papéis que cabem aos homens e às mulheres na sociedade, ou seja, a maternidade e a paternidade. Com uma ênfase muito maior no que diz respeito ao papel da mulher na maternidade, mesmo que alguns entrevistad@s até afirmem que a procura por RA é feita pelos “casais”, e não pelas mulheres individualmente, na grande maioria das repostas, encontramos a menção ao desejo da mulher pela maternidade e, em função disso, é esta que é mencionada como quem procura ajuda médica para realizar seu sonho. E também a maioria d@s entrevistad@s afirmam claramente que o papel da mulher não mudou na reprodução tecnológica. Ou seja, isso corrobora a afirmação acima de que no contexto de desenvolvimento e aplicação das NTRc, podemos vislumbrar um “reforço da maternidade como destino e responsabilidade da mulher”. O que pode também ser interpretado como um indicador da posição tradicional, conservadora dos membros do Comitê, conforme mencionado em outro momento (vide seção anterior).

No contexto do desenvolvimento das NTRc, o papel da mulher na reprodução, as relações entre os sexos, o controle médico da reprodução e a manipulação do corpo feminino são questões centrais e que não podem prescindir de uma discussão desde uma perspectiva de gênero.

As noções de direitos reprodutivos e direitos sexuais orientam nossa análise a fim de que possamos compreender as implicações para o exercício desses direitos e também para a autonomia das mulheres no contexto de desenvolvimento dessas

tecnologias e do debate sobre sua aplicação, considerando o poder e o controle médicos da reprodução.

O que é relevante também destacar é o quanto o efetivo exercício da autonomia das mulheres deve ser questionado em contextos de profundas desigualdades sociais, como no Brasil, considerando a realidade da assistência à saúde reprodutiva das mulheres e o acesso limitado às tecnologias reprodutivas conceptivas à maioria da população, enfim, fatos que a perspectiva crítica da bioética feminista chamou a atenção.

A partir de discussões (ou falta delas) em espaços como os comitês de bioética, podemos vislumbrar o quanto ainda é preciso avançar no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos para que as mulheres possam efetivamente exercer sua autonomia reprodutiva.

São muitas as questões que se apresentam nesse novo contexto de medicalização da procriação, assim como são vários os questionamentos e as implicações morais e éticas do agir e da conduta médicos. Há questões para o feminismo, segundo Scavone (2003), tais como o uso e abuso dos corpos das mulheres pela ciência e a tecnologia e seus efeitos à saúde, ou a mercantilização da vida e da reprodução, que permanecem e trazem para a discussão as relações de poder entre os sexos.

AS QUESTÕES ÉTICAS NO DEBATE SOBRE AS NTRC

As questões éticas suscitadas pelo desenvolvimento das NTRC, principalmente no que se refere à conduta médica na aplicação dessas tecnologias, foram abordadas com os membros do Comitê de Bioética clínica do HCPA. Seus posicionamentos, no que concerne a questões como clonagem, utilização de células e embriões em pesquisas, eugenia, possibilidade de mudanças na natureza humana no contexto das NTRC, são analisados a partir da ética do discurso em Habermas e da perspectiva da bioética feminista. Ainda, as possibilidades de oferecimento dessas técnicas pelo Sistema Único de Saúde e a questão da adoção também serão aqui abordadas.

Assim como Tamanini (2003, p. 78), consideramos que, “os problemas ligados às novas tecnologias reprodutivas e de gênero não podem, igualmente, prescindir do diálogo com os campos da ética, da saúde e dos direitos”.

A bioética consiste em um importante ferramental de estudo e análise tanto de problemas antigos (persistentes) como o aborto, a eutanásia, a exclusão social e também de temas novos (emergentes) como os transplantes, as biotecnologias e, entre elas, as tecnologias da reprodução humana.

Noss@s entrevistad@s apontam várias questões que el@s veem como problemas éticos, alguns, de natureza jurídica, envolvidos com o desenvolvimento e a aplicação das NTRc: gravidez múltipla, nascimento de bebês prematuros, doação de óvulos, eugenia, seleção de sexo, redução embrionária, implantação de um número maior de embriões do que o permitido, embriões excedentes, anonimato do doador e o direito da futura criança vir a saber a sua procedência genética, gestação substitutiva ou útero de aluguel, alocação de recursos, clonagem, diagnóstico genético pré-implantacional, gestação pós 60 anos, utilização do embrião após a morte de um dos genitores, gestação de mulher soro-positiva, pesquisas com embriões, comercialização de gametas, indicação de procedimento de reprodução assistida sem haver necessidade, falta de legislação sobre NTRc no Brasil. Muitos desses problemas se manifestam em virtude de não se ter consenso na discussão sobre o status do embrião.

Vários problemas éticos são suscitados pelo desenvolvimento dessas tecnologias. Muitos deles são apontados. Nem todos esses problemas, no entanto, foram discutidos em algum momento no Comitê de Bioética. Estão presentes nas falas d@s entrevistad@s. Alguns com mais e outr@s com menos espanto em relação a eles.

Em nosso entender, concordando com Oliveira (2008), é preciso que questionemos o quanto a tecnociência está associada à emergência e à valorização do mercado e do privado, e da desvalorização do público. À medida que os desenvolvimentos e possibilidades da tecnologia vêm associados a uma desvalorização do coletivo e a uma valorização do individualismo e do consumismo nas sociedades contemporâneas, numa quase total inexistência de crítica aos

abusos e apologias à tecnociência, é que podem surgir problemas éticos. É a desumanização ou colonização do mundo da vida pela razão técnica, conforme apontou Habermas (1987).

@s entrevistad@s entendem que as tecnologias podem ser utilizadas com objetivos diversos. Neste sentido, os problemas éticos podem surgir não pelas técnicas em si mesmas, mas no momento em que não haja responsabilidade em seu uso. Como podemos verificar pela fala abaixo.

Não pelo procedimento em si, eu não acho que haja, [...]. Eu acho que os problemas éticos surgem quando as técnicas não são utilizadas de forma adequada ou para a finalidade para as quais elas foram criadas. [...] eu acho que o problema é saber sempre onde está o limite e a responsabilidade do profissional que atua nessa área, eu acho que aumenta significativamente. [...] Então assim, tu sempre na humanidade, tu vais ter esse lado mais cruel, vamos dizer assim, do uso inadequado dessas técnicas, agora eu acho que a técnica em si não é ofensiva, não é imoral, não é afrontosa, [...] (advogada, 42 anos).

A responsabilidade dos profissionais que lidam com essas técnicas é apontada pel@s entrevistad@s como condição *sine qua non* para a sua aplicação. Muitas vezes, os médicos, no afã de ter sucesso em seu trabalho, implantam mais embriões do que o número recomendado pelas Normas do Conselho Federal de Medicina, que é de até quatro. Ou preocupam-se demasiadamente com o resultado da técnica e esquecem-se das preocupações com o ser humano. É o que afirma a entrevistada a seguir.

Eu acho que a medicina, muitas vezes, ela fica muito apegada à questão tecnológica, e deixa de pensar, infelizmente, nos seres humanos que estão envolvidos, eu acho, vejo hoje isso, o médico, muito muito voltado para a questão tecnológica. Por aí que eu acho que está se dando essa necessidade de um envolvimento maior de pensar mais na implicação, acho que a palavra é implicação dos médicos, principalmente, com as repercussões no ser humano. Eu tenho médicos na minha família, eu tenho amigos médicos e às vezes eu me irrita com o discurso deles, de haver uma preocupação extremada com a tecnologia, com alcançar o resultado da técnica, da intervenção, sem pensar, “bom, e o ser humano?” Eu acho que as novas tecnologias tomam o médico de tal forma que isso potencializa, potencializa a onipotência médica. “E, vais fazer a que custo for? Bom, eu vou!” (psicóloga, 43 anos, grifo da entrevistada).

Na visão d@s entrevistad@s, os tratamentos de reprodução assistida não deveriam ser utilizados para situações fúteis ou cosméticas, quando não haja

efetivamente uma necessidade terapêutica para a sua utilização. É o que indica a Resolução do Conselho Federal de Medicina.

[...] por exemplo, uma mulher que quer fazer reprodução por maternidade substitutiva, mas ela não tem nenhum impedimento biológico de gestar um filho, mas ela não quer deformar seu corpo, ela não quer interromper uma carreira profissional. Isso parece coisa de ficção, mas já foi feito várias vezes fora do Brasil, de mulheres que pagaram para outras gestarem filhos genéticos delas, mas porque elas tinham uma carreira profissional que impedia que elas podiam ter um período de interrupção de pós-parto ou de ter alguma situação de poder, por exemplo, vir a ter uma deformidade corporal durante o período gestacional quando elas vivem da imagem delas. Agora, isso não é uma necessidade médica. Isso é uma necessidade cosmética, uma necessidade social que a pessoa pode ter e que tem que ser discutida em outro foro. Isso até, por exemplo, se a pessoa quer investir privadamente numa situação dessas, porque não é uma atribuição do sistema de saúde oferecer em qualquer lugar do mundo. [...] (biólogo, 54 anos).

A seleção de sexo simplesmente para a realização de um desejo e não com o intuito de se evitar que o embrião seja acometido por uma doença genética que iria atingir um sexo especificamente também é considerado tratamento fútil.

Essas questões estão presentes no contexto da introdução da técnica do diagnóstico genético pré-implantacional nos procedimentos de reprodução assistida.

Importante lembrar que Habermas (2004), quando trata do DGPI, alerta para os riscos da possibilidade de uma eugenia liberal, na qual o limite conceitual entre a prevenção do nascimento de uma criança gravemente doente e o aperfeiçoamento do patrimônio hereditário, ou seja, de uma decisão eugênica, não seja mais demarcado.

O Diagnóstico Genético Pré-Implantacional é uma técnica que permite detectar se o embrião será acometido por determinados problemas genéticos ou doenças graves e, assim, tentar impedir que isso aconteça, selecionando os “melhores”. Permite também, a seleção do sexo dos embriões. Por isso, essa técnica, muitas vezes, é associada a práticas eugênicas.

No entanto, apesar de muitas vezes ouvirmos falar que o DGPI poderá detectar quaisquer problemas ou doenças genéticas, de acordo com a geneticista Mayana Zatz da Universidade de São Paulo:

A grande maioria das doenças genéticas é causada por mutações em um ou mais genes, e é essa a grande dificuldade. Como detectar mutações deletérias nos 30 mil ou mais genes humanos? Algumas doenças, como a fibrose cística, podem ser causadas por cerca de mil mutações diferentes em um único gene. Além disso, existem centenas de doenças graves, como as distrofias musculares progressivas, causadas por mutações gênicas e que só aparecem após o nascimento. Dizer, portanto, que será possível evitar o nascimento de crianças com doenças genéticas é uma utopia, porque hoje é tecnicamente impossível detectar todas essas mutações em um feto (ZATZ, 2009, p. 1).

Mesmo assim, o diagnóstico de doenças e a atitude eugênica de se evitar o nascimento de pessoas doentes ou mal formadas constitui um exemplo já evidente. Noss@s entrevistad@s foram questionados quanto ao fato de que as NTRc possam estar associadas a atitudes eugênicas, como no caso do DGPI.

Se tu me perguntas “poder”, pode. [...] Poder pode, mas eu acho que não é a prática corrente no nosso meio. Num estado totalitário, certamente, pode. Num estado democrático, acho menos provável (médico gastroenterologista, 62 anos).

Esse posicionamento pode ser interpretado como indicativo da prepotência médica. Mesmo em países com experiências democráticas, os abusos em procedimentos terapêuticos ou de pesquisas e experimentos científicos estiveram muitas vezes associados a práticas eugênicas e de poder médico (vide casos relatados nos capítulos IV e VI).

A utilização da seleção genética como meio de se evitar que nasçam crianças com doenças é comparada à seleção que a própria natureza faz, na ocorrência de abortos espontâneos. Assim, a natureza descartou porque não era perfeito. O médico, podendo saber no exame pré-implantacional, que o embrião poderá ser acometido por uma doença degenerativa, pode evitar a utilização desse embrião.

As novas tecnologias reprodutivas têm sido criticadas por algumas feministas como um princípio fundamental de não se aceitar a construção da vida humana de maneira artificial, o que traz consigo, nesta maneira de ver, o receio de usos e práticas eugênicas (ÁVILA, 1993).

Quanto à utilização de células em pesquisas, @s entrevistad@s não manifestam objeção, somente quanto à utilização de embriões. @s que concordam, entendem que devem ser embriões que seriam descartados. A maioria entende que

é preciso haver normatização e controle sobre as técnicas e sobre as pesquisas. El@s entendem que as pesquisas são importantes e necessárias e que a ciência pode trazer benefícios no que se refere à cura de muitas doenças. Mas, é preciso levar em conta as consequências dos experimentos e das pesquisas.

A maioria d@s entrevistad@s afirma não concordar com a comercialização de embriões. A utilização de embriões em pesquisas só é aceita em casos de embriões armazenados em que haja o consentimento das partes envolvidas para que esses embriões sejam descartados. Assim, cumpridas as exigências legais, os embriões poderão ser utilizados em pesquisa, desde que haja previamente a definição clara de que tipo de pesquisa. Como o fazem, no caso, os Comitês de Ética em Pesquisa.

É preciso haver controle sobre a técnica. É preciso ter cuidado como a natureza tem. [...] Quanto mais poder o ser humano tem, mais ele tem que ter responsabilidade e responsabilidade, às vezes, é saber: “não vou fazer isso porque não convém ou porque ainda não há experiências suficientes ou porque não há garantias” [...] não é falta de respeito com um embrião que será, de uma maneira ou outra, descartado, não é falta de respeito ser utilizado para uma pesquisa que vai redundar em saúde e melhoria de vida de milhares de pessoas (filósofo, 61 anos, grifo do entrevistado).

Depende de qual pesquisa, depende da origem dessas células, desses embriões, se são embriões que seriam descartados, por exemplo, ou se são embriões que foram criados, ou seja, fertilizados ou clonados para esse fim especificamente. Neste caso, não concordo. Penso que não deva ser utilizada a tecnologia reprodutiva para “produzir” embriões para fins de pesquisa (bióloga, 40 anos).

Com relação à clonagem reprodutiva, a maioria d@s entrevistad@s entende que seria ir longe demais do ponto de vista biológico e ético do papel da reprodução. Para el@s, esse procedimento afetaria a dignidade da pessoa humana. É uma discussão importante, que é preciso ser feita, para que seja possível balizar limites de ação.

Porém, alguns entrevistad@s entendem que a clonagem reprodutiva teria mais status de aceitabilidade do que a clonagem terapêutica. Na clonagem reprodutiva, a produção de embriões visa a preservar um embrião, quando, por exemplo, 300 embriões são produzidos para que ao menos um seja viável. Já na clonagem terapêutica, são produzidos 300 embriões e, ao final do procedimento, são eliminados os 300. Nesse caso, produz-se embriões única e exclusivamente como

fonte de material biológico, assim, o embrião fica destituído de seu caráter de humanidade.

Para um entrevistado, a maioria das pessoas entende que a clonagem terapêutica poderia ser aceitável, mas não a clonagem reprodutiva, porque entende, segundo ele, que assim se estará fazendo o bem para alguém. Não se leva em conta, nessa discussão, conforme o entrevistado, o fato de se estar destituindo de humanidade o embrião.

Para alguns entrevistad@s, o fato de a mulher prescindir do homem, ao não precisar de espermatozóide no processo reprodutivo, é uma questão hipotética, mas que poderá causar mudanças na natureza. Se poderão ocorrer mudanças na natureza humana no contexto das NTRc, principalmente, após a clonagem, estas ainda não podem ser previstas, ainda não podemos avaliar os resultados.

Para Habermas (2004), a tecnicização da natureza humana provoca uma alteração da autocompreensão ética da espécie de tal maneira, que também a consciência moral seria afetada, a saber, as condições naturais de crescimento, mediante as quais podemos nos compreender como únicos autores de nossas próprias vidas e como membros da comunidade moral com direitos iguais.

A grande maioria dos pesquisadores e pesquisadoras na área de NTRc entende a necessidade de regulamentação dessas técnicas no Brasil, a fim de que se possa ter um maior controle sobre os procedimentos e os possíveis exageros por parte dos médicos.

Habermas (2004) defende a necessidade de regulamentação da técnica genética e do estabelecimento de alguns princípios para a sua aplicação, levando em conta os direitos das (futuras) pessoas, como por exemplo, o “direito a uma herança genética, em que não houve intervenção artificial” ou o direito ao “patrimônio hereditário não-manipulado” (p. 38)

Como pensarmos isso no Brasil, onde não existe sequer legislação específica para a aplicação das novas tecnologias reprodutivas conceptivas? Como regulamentar e normatizar a conduta médica na aplicação dessas tecnologias de modo que a liberdade ética dos indivíduos seja preservada e não haja abusos?

Alguns entrevistad@s entendem que a opção por definir os caracteres genéticos dos filhos, inclusive a escolha do sexo, via técnica do diagnóstico genético pré-implantacional é um direito dos pais de poderem escolher “o que é melhor para seus filhos”. Como podemos constatar pelos depoimentos abaixo.

Um casal é livre para decidir correr riscos ou não, um casal tem o direito de preferir ter um filho homem ou uma filha mulher. Isso está dentro do nível individual. Se um casal sabe que em sua família tem uma doença grave, tem o direito de decidir engravidar apesar de saber que tem doença grave, e tem direito de não engravidar por não querer ter um filho defeituoso, isso não é uma atitude eugênica. Isso é uma decisão pessoal do casal (médico psiquiatra, 64 anos).

[...] pai, mãe, médico, enfermeira, todo mundo quer o filho melhor possível, certo? [...] se os pais não puderem desejar o melhor para os seus filhos, quem vai desejar? O Estado? O ditador, os deputados? Deixa que a família escolha o melhor possível [...]. Mas são problemas novos. A eugenia é um problema ético, o que não quer dizer que nós não devamos ter os filhos melhores que for possível. “Eu” de bom, “genia” é fruto do nascimento, né? Quer dizer que aquilo que é gerado seja “bom”, então, a eugenia é um desejo de um filho melhor. Ah, houve seleção? Houve. Houve eugenia? Houve. Quem não quer o melhor? Quer dizer, a questão é saber se os motivos são fúteis ou se os motivos são razoáveis (filósofo, 61 anos).

Habermas (2004), ao tratar do DGPI, critica o fato de que no contexto do que ele chama de eugenia liberal, as decisões sobre a composição do patrimônio genético das crianças não devem ser submetidas a nenhuma regulamentação do Estado, mas sim serem deixadas aos pais. Neste sentido, a nova margem de decisão, aberta pela tecnologia genética, deve ser considerada como uma extensão material da liberdade de reprodução e do direito dos pais, portanto, como uma extensão dos direitos fundamentais individuais, que o indivíduo pode reivindicar perante o Estado. Do mesmo modo que os pais podem escolher a educação que darão aos seus filhos, poderão também ter direito à escolha do patrimônio genético. Esta é a posição de Dworkin, de acordo com Feldhaus (2008).

Entendemos pelo depoimentos acima uma clara perspectiva do direito norte-americano. Conforme Corrêa (2003),

considerar liberdade apenas como não interferência do Estado – ideia do modelo reprodutivo liberal estadunidense – significa deixar de fora, ou seja, excluir do próprio direito à liberdade, aqueles que por razão de ordem econômica ou social não podem realizar seus “desejos” e “direitos” nessa área; especialmente em casos como o do Brasil, onde a reprodução medicamente assistida é amplamente

privatizada (p. 34).

Se alguns entrevistad@s entendem que é direito dos pais decidir sobre os filhos que querem ter, inclusive como eles deverão ser, o desejo de filhos é naturalizado na fala d@s entrevistad@s. Como se todas as pessoas fossem dotadas naturalmente do desejo pela filiação. Essa posição é evidenciada pela fala abaixo.

Mas me parece também que, em função de avanços tecnológicos, sempre os pais vão questionar se não é possível deles mesmos, o que eu acho que é uma vontade natural de um casal ou de qualquer ser humano querer se preservar na sua prole, sua prole natural (médico pediatra, 56 anos).

Algumas autoras entendem que a absolutização do desejo de filhos está fortemente presente no discurso dos médicos e justifica o desenvolvimento e oferta de técnicas de reprodução assistida (CORRÊA, 2003, RAMÍREZ, 2003a). Noss@s entrevistad@s parecem muitas vezes não questionar esse fato. Os tratamentos de reprodução assistida são muitas vezes dolorosos, onerosos e nem sempre dão garantia de sucesso. Eles também trazem riscos para a saúde das mulheres e bebês. E, não são questionados? Por que vale tudo para ter um filho biológico? Parece haver uma simplificação do processo. O que é notório no depoimento a seguir.

Colocar uma criança na nossa vida, criar uma nova pessoa. Então, se for preciso ficar três dias no hospital ou ir hoje à clínica e voltar na semana que vem, por que não? [...] Se nós fazemos qualquer operação de amídalas ou coisa assim, nós vamos ao hospital, fazemos e voltamos, faz parte da vida (filósofo, 61 anos).

Se, no contexto de desenvolvimento e aplicação das NTRc, vale tudo para ter um filho biológico, os processos de adoção são desprestigiados. É o que afirmou Ramírez (2003b).

Segundo a autora, a possibilidade tecnológica de habilitar as pessoas para terem filhos do “próprio sangue” traz consigo um cenário no qual a adoção de crianças é desvalorizada. Essa antiga solução social para resolver a ausência de filhos continua existindo, porém, como o último recurso, após sucessivas e diferentes tentativas de recorrer às várias técnicas reprodutivas disponíveis.

Alguns de noss@s entrevistad@s entendem a adoção como uma ação genuína que não pode ser associada aos tratamentos de reprodução assistida.

Quem deseja ter um filho biologicamente seu procura um atendimento de reprodução assistida, quem deseja adotar procura os órgãos especializados, como o Juizado da Infância e da Adolescência.

A discussão a respeito de se as novas tecnologias reprodutivas conceptivas devem ser oferecidas amplamente pelo Sistema Único de Saúde é bastante polarizada entre os que defendem e os que entendem que devem ser colocados critérios de prioridade a partir de uma política de alocação de recursos escassos em que a sociedade tem que definir quais são as prioridades. Para estes, as técnicas de reprodução assistida constituem um direito das pessoas, no entanto, tendo em vista as inúmeras necessidades econômicas em um país como o Brasil, é preciso estabelecer prioridades, ainda mais, considerando os altos custos dessas tecnologias.

Tem havido discussões em alguns segmentos sociais a respeito do fato de que se, dentro das dificuldades gerais da saúde, considerando que é uma situação limitada, os custos podem ser justificados. São custos muito altos quando ainda não se superaram problemas que afligem muito maior parte da população, e estão sem equacionamentos. Alguns entrevistad@s entendem que se deveria pensar no que isso significa em termos econômicos de pressão sobre o sistema de saúde, quando se tem uma enormidade de outros problemas para serem resolvidos, mas para os quais faltam recursos.

Aqueles que defendem o oferecimento das técnicas pelo SUS argumentam que a limitação em ter filhos (infertilidade) também deve ser vista como um problema de saúde e que a falta de oferta dessas tecnologias no sistema público de saúde acaba excluindo os menos favorecidos economicamente do acesso a essas técnicas como se somente as pessoas que podem pagar por esses serviços em clínicas privadas pudessem utilizá-los. Os menos favorecidos não têm direito a ter filhos por reprodução assistida? Questionam os defensores dessa posição.

[...] E a própria questão de fazer procedimentos de reprodução assistida num hospital público, durante muito tempo sofreu questionamentos, dizendo que era uma coisa secundária, que era uma coisa que não tinha por que um hospital público fazer porque isso era uma coisa tida por alguns como não propriamente da área da saúde, que é um absurdo! Tu estás trabalhando com saúde reprodutiva, essa é a questão (biólogo, 54 anos).

Outra preocupação demonstrada diz respeito ao fato de que a maioria das técnicas de reprodução assistida estão polarizadas em clínicas de fertilização particulares, o que gera vários problemas éticos, no momento em que pode haver comercialização de gametas e exploração econômica. A ampliação do acesso a um contingente da população que não teria condições, para alguns entrevistad@s dificulta a comercialização, além de possibilitar o acesso às pessoas menos favorecidas. No entanto, é preciso haver avaliações criteriosas para o uso das tecnologias reprodutivas.

Compreendemos que é imprescindível o cuidado para que as mulheres e casais sejam corretamente e suficientemente informados sobre riscos a que estarão expostos. Se é importante que os serviços de reprodução assistida não se transformem em “balcões de produção de seres humanos”, conforme defende a entrevistada do depoimento abaixo, do mesmo modo, entendemos também a importância do debate sobre a aplicação das NTRc em fóruns como os comitês de bioética, e que estes não fiquem centralizados em instituições hospitalares.

Então, eu não vejo isso como uma coisa de outro mundo. Não acho que seja algo não recomendável ou questionável desde o ponto de vista moral. O importante é que os serviços de reprodução não se tornem um balcão que visa à produção de seres humanos. Há uma equipe multidisciplinar trabalhando, com o envolvimento de vários profissionais de saúde. Antes do procedimento, são realizadas entrevistas com psicólogos. É um atendimento estruturado (bióloga, 40 anos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, analisamos o processo de discussão de casos envolvendo as novas tecnologias reprodutivas conceptivas no Comitê de Bioética clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, buscando investigar questões éticas e de gênero presentes. Era esperado que o debate fosse frequente. No entanto, a pesquisa mostrou que a temática das NTRc não é debatida com frequência, já que não são tão comuns os casos que envolvam reprodução assistida levados à apreciação do Comitê.

As considerações mais abstratas a respeito do desenvolvimento e aplicação das NTRc, considerando questões éticas e de gênero implicadas, principalmente no que se refere à conduta médica, são muito pouco abordadas pelo Comitê de Bioética, pelo menos, atualmente.

Não há um debate de fundo. A reflexão se dá em cima de casos concretos. A pouca discussão de casos nos dá indícios da posição do Comitê estudado, isto é, vinculada a uma bioética tradicional ancorada no Princípioalismo, tão contestada pelas perspectivas críticas da bioética.

Conforme apontou Garrafa (2009), a teoria bioética principialista é insuficiente e/ou impotente para analisar os macro-problemas éticos persistentes como as desigualdades existentes entre as nações (ricas) do Norte e as (pobres) do Sul, exigindo, portanto, novas leituras e propostas.

Também Diniz e Guilhem (2008a) ponderaram que a bioética tradicional raramente levou em conta as questões de gênero, raça, etnia, ou orientação sexual. “Além disso, outro aspecto perverso desse *casuismo da crise* do discurso bioético é que o *casuismo ordinário*, o da imoralidade do racismo ou do sexismo, isto é, de práticas cotidianas e normalizadas pelas sociedades, é esquecido pelas teorias bioéticas” (p. 3).

O papel de um comitê de bioética no debate sobre a aplicação das NTRc é muito importante como um fórum de discussão e até, de certa forma, de monitoramento da conduta médica, ou, conforme Oliveira (1998), “de controle social

e ético da prática médica” de um modo geral e, especialmente, no que se refere às NTRc, considerando questões de gênero implicadas.

O fato de somente poucos casos envolvendo NTRc serem levados à apreciação do Comitê significa que a RA já entrou para a rotina do hospital e que, por isso não são necessárias maiores reflexões e aprofundamentos? Quais são os questionamentos feitos em relação aos riscos para as mulheres que se submetem a essas técnicas (superovulação, gravidez múltipla, etc.) e para os bebês que nascem de gravidez múltipla (hipotrofia, baixo peso, prematuridade)? Não verificamos nenhum caso tratado no Comitê que envolvesse problemas relacionados à saúde das mulheres ou dos bebês. Em nenhum momento, foi discutido algum caso de gestação múltipla, por exemplo, quando sabemos que sua proporção é em torno de 20% das gestações FIV.

Vários problemas éticos são suscitados pelo desenvolvimento dessas tecnologias. Porém, nem todos esses problemas foram discutidos em algum momento no Comitê de Bioética. Estão presentes nas falas d@s entrevistad@s. Alguns com mais e outr@s com menos espanto em relação a eles. Entretanto, devemos problematizar essa questão, não com o intuito de criar um debate dicotômico entre bem e mal, como bem já falou Scavone (2003), e sim elucidando os riscos e benefícios dessas tecnologias para a saúde das mulheres e as implicações éticas envolvidas nessa problemática.

O que buscamos chamar a atenção é sobre a ausência de uma maior discussão no que se refere às questões de gênero envolvidas na problemática das NTRc, já que as mulheres são o objeto principal das intervenções, e também considerando a vulnerabilidade social da maioria da população que deve ser levada em conta nos temas abordados pela bioética. Assim, podemos visualizar a ausência de reflexão e de crítica à persistência de relações de assimetria de gênero e aos abusos e ao poder médico diante do desenvolvimento tecnológico.

O fato de o controle médico da reprodução na aplicação dessas tecnologias não ser observado pela maioria d@s entrevistados@, parecendo haver uma simplificação do processo reprodutivo tecnológico, como se este não apresentasse

nada de novo em relação ao processo reprodutivo “natural”, demonstra a posição tradicional do Comitê.

Outras pessoas, que também estariam autorizadas a falar sobre NTRc (pesquisadores da área da bioética, pesquisadoras feministas, pesquisadoras e pesquisadores que trabalham com a temática das NTRc) não estão presentes no debate, não fazem parte do Comitê, inviabilizando que sejam contempladas outras perspectivas além do ponto de vista médico, outros olhares e visões, aspectos sócio-antropológicos, de gênero, políticos, econômicos e sociais envolvidos. Até mesmo médicos que trabalham com RA, apenas assistem às reuniões quando surge um caso concreto no hospital envolvendo RA, porque são eles que levam para a apreciação do Comitê.

O predomínio da visão médica pode significar a persistência de relações desiguais entre médicos e pacientes, entre médicos e outros profissionais que lidam diretamente na assistência dos pacientes, como os/as enfermeiros/as. Também pode significar a manutenção do *status quo* da bioética (e da medicina), como bem criticaram as pesquisadoras da bioética feminista.

Também observamos a visão tradicional e conservadora do Comitê nas questões de gênero, uma vez que é marcante na fala d@s entrevistad@s a atribuição do desejo da maternidade à mulher, uma ênfase bem maior dada do que em relação ao desejo de paternidade ao homem. Por isso, a tendência de atribuir a procura por RA somente à mulher como se, em todos os casos, a infertilidade fosse dela, deixando de considerar a participação masculina na infertilidade de um casal. Consequentemente, modelos tradicionais dos papéis que cabem aos homens e às mulheres na sociedade são verificados no discurso d@s entrevistad@s. A ênfase é muito maior no que diz respeito ao papel da mulher na maternidade. E, por isso, a maioria d@s entrevistad@s afirmam claramente que o papel da mulher não mudou na reprodução tecnológica.

O que esses resultados podem significar? Um sinal da persistência de relações que demonstram o sexismo imperante no campo da medicina? E a maternidade como um imperativo social à mulher, muito mais do que a paternidade é

para o homem? Constatamos assim, a naturalização da maternidade, ao visualizarmos um forte apelo à responsabilidade da mulher na reprodução.

O que corrobora as afirmações de Corrêa (1998a) quando a autora afirma que, no contexto das NTRc, o que se verifica, até o momento, é um aprofundamento da apropriação do corpo feminino por parte da pesquisa biomédica no campo da reprodução e um “reforço da maternidade como destino e responsabilidade da mulher” (STOLCKE *apud* CORRÊA, 1998a, p. 135), ainda que as novas tecnologias conceptivas e contraceptivas tenham oferecido às mulheres, ao menos nos países ricos, maior liberdade para decidir sobre seus corpos (STOLCKE, 1998).

A crítica que fazemos não se dirige às técnicas em si mesmas, tampouco aos avanços da ciência e da tecnologia. O que buscamos questionar, após a apresentação dos dados da pesquisa, é a forma como são representados e reproduzidos valores tradicionais de gênero, como a naturalização da maternidade, presente nos depoimentos dos membros do Comitê de Bioética estudado. É a reprodução do imaginário e da ideologia tradicional de que a maternidade é o que realiza toda mulher.

Outra crítica é pela ausência de questionamentos quanto aos riscos para a saúde das mulheres e bebês envolvidos nos tratamentos de reprodução assistida. Também questões éticas presentes no contexto de desenvolvimento e aplicação das NTRc, implicando na autonomia dos seres humanos, como demonstramos na seção da “ética do discurso”, assim como na autonomia das mulheres, que problematizamos nas seções alusivas à perspectiva de gênero, à dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, e à da bioética feminista, não podem prescindir de uma reflexão mais ampla. Sem dúvida, com o advento das NTRc, as mulheres podem, mais do que nunca, escolher. O que precisamos saber é se dentro de sua esfera de escolha, as mulheres estão realmente exercendo sua autonomia reprodutiva.

Considerando a escassez de estudos sociológicos a respeito de como as discussões sobre novas tecnologias reprodutivas conceptivas se desenvolvem em Comitês de Bioética clínica, o estudo empreendido é, provavelmente, gerador de

novas questões a serem investigadas. Esta pesquisa pode ser um passo para a construção de uma agenda de pesquisa que possa dar resposta a estas indagações.

Isto posto, entendemos o campo das NTRc como ainda muito frutífero para o desenvolvimento de pesquisas na área da Sociologia, principalmente, levando em conta questões éticas, de gênero e de poder envolvidas nas pesquisas e na aplicação das NTRc, como também, de forma interdisciplinar, o campo das NTRc pode ser abordado da perspectiva da Antropologia, da Psicologia, do Direito, da Medicina, da Bioética, enfim, de um vasto campo de pesquisas. À Sociologia, cabe analisar o impacto social da reprodução assistida na sociedade, em suas múltiplas dimensões e atores sociais, conforme ponderou Vieira (2007).

Neste trabalho, analisamos o processo de discussão dos casos envolvendo NTRc em um comitê de bioética clínica. No entanto, a temática das NTRc não se esgota com a conclusão desse trabalho. Trata-se de uma problemática que envolve questões éticas, de gênero, econômicas, religiosas, políticas. E deve ser examinada sobretudo desde uma perspectiva de *gênero*. Esta abordagem aponta no sentido de, por meio de futuras pesquisas, ampliar e aprofundar a investigação a respeito do tema, sobre o qual há ainda muito a ser desvendado.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- ARAUJO, Luiz Bernardo Leite. Habermas e a Ética do Discurso. Disponível em: <http://www.pgfil.uerj.br/pdf/publicacoes/.../Habermas_etica_discurso.pdf> Acesso em: 10 abr. 2009.
- ARDAILLON, Danielle. Cidadania de corpo inteiro: discursos sobre o aborto em número e gênero. São Paulo: 1997. Tese (Doutorado em Sociologia) – Departamento de Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1997.
- ARILHA, Margareth. Políticas públicas de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: um olhar para o futuro. In: ARILHA, Margareth; CITELI, Maria Teresa (Org.). **Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva.** São Paulo: Editora 34: Comissão de cidadania e reprodução, 1998, p.11-23.
- ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 382-393, 1993.
- _____. Feminismo y ciudadanía: La producción de nuevos derechos. In: REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Sérias para el debate.** Campaña por la convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. n. 1. São Paulo, 2003, p. 61-79.
- AZEVEDO, Marco Antônio Oliveira de. **Bioética Fundamental.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.195p
- AZEVEDO, Sandra; STOLCKE, Verena (Coords.). **Direitos reprodutivos.** São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1991.
- BANDEIRA, Lourdes. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren e AVAZ, Juan (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.** São Paulo: Huertec Population, 1999, p. 180-97.
- BARBOSA, Rosana Machin. Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.8, n. 1, p. 212-228, 2000.
- BAUMGARTEN, Maíra. As políticas públicas no contexto da transição democrática. 1996. 358f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- _____. Tecnociência e trabalho. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia.** Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2006a. p. 283-288.
- _____. Tecnologia. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia.** Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2006b. p. 288-292.
- _____. Tecnociência, planificação e sustentabilidade: limites do produtivismo. Disponível em: <http://www.correi.unicamp.br/CT/resul_trbs.php?cod=145> Acesso em: 9 set. 2008.
- BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar – anticoncepção e partos cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 366-381, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; caderno nº 2). Disponível em:

- <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf>
 Acesso em: 5 jul. 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei do Planejamento Familiar: Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9263.htm> Acesso em: 5 jul. 2009b.
- BRYM, Robert et al. Sociologia: sua bússola para um novo mundo. São Paulo:
 Thomson Learning, 2006.
- CLONAGEM terapêutica. Disponível em:
 <http://www.ghente.org/temas/clonagem/index_txr.htm> Acesso em: 20 mar.
 2009.
- CORRÊA, Marilena. Novas tecnologias reprodutivas: bem-vindas reflexões
 feministas. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 126-137, 1998a.
- _____. **Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem
 limites.** Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.
- _____. Medicina reprodutiva e desejo de filhos. In: GROSSI, Miriam; PORTO,
 Rozeli; TAMANINI, Marlene. **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas:**
 Questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003, p. 31-38.
- CORRÊA, Marilena; DINIZ, Debora. Novas Tenologias Reprodutivas no Brasil: Um
 debate à espera de regulação. Disponível em:
 <http://www.ghente.org/publicacoes/limite/novas_tecnologias.pdf> Acesso em: 24
 mar. 2008.
- CORRÊA, Sonia. Anticoncepcionais injetáveis na perspectiva feminista: o debate
 histórico e os novos desafios. In: ARILHA, Margareth; CITELI, Maria Teresa
 (Org.). **Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde
 reprodutiva.** São Paulo: Editora 34: Comissão de cidadania e reprodução, 1998b,
 p. 25-41.
- CORTES, Soraya Maria Vargas. Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados.
Cadernos de Sociologia. Pesquisa Social Empírica: Métodos e Técnicas.
 Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
 Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Porto Alegre, n. 9, p.11-
 47, 1998.
- COSTA, Ana Maria. Planejamento Familiar no Brasil. Disponível em:
 <<http://www.cfm.org.br/revista/bio/planeja.html>> Acesso em: 25 abr. 2004.
- COSTA, Rosely Gomes. De clonagens e de paternidades: as encruzilhadas do
 gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 11, p. 157-199, 1998.
- _____. Concepção de filhos, concepções de pai: algumas reflexões sobre
 reprodução e gênero. 2001. 234f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) –
 Departamento de Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas,
 Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- _____. Tecnologias reprodutivas e atribuições de paternidade e maternidade. In:
 GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene. **Novas Tecnologias
 Reprodutivas Conceptivas: Questões e desafios.** Brasília: Letras Livres, 2003,
 p. 67-77.
- COSTA, Alexandre A. A ética do discurso em Habermas. Disponível em:
 <<http://www.arco.org.br/.../a-etica-do-discurso-em-habermas.htm>> Acesso em: 5
 abr. 2009.
- DINIZ, Débora; VÉLEZ, Ana Cristina González. Bioética feminista: a emergência da
 diferença. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 255-263, 1998.
- DINIZ Debora; GUILHEM, Dirce. Bioética Feminista: o Resgate Político do Conceito
 de Vulnerabilidade, 1999. Disponível em:

- <<http://www.portalmedico.org.br/.../bioeticafeminista.htm>> Acesso em: 3 mar. 2008a.
- DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. **O que é bioética**. Brasiliense, São Paulo, 2008b, 124p.
- DORA, Denise Dourado. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e direitos humanos: conceitos em movimento. In: ARILHA, Margareth; CITELI, Maria Teresa (Org.). **Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva**. São Paulo: Editora 34: Comissão de cidadania e reprodução, 1998, p.69-80.
- ÉTICA e deontologia. Disponível em: <[http://professores.faccat.br/evaristo/Etica e Deontologia.html](http://professores.faccat.br/evaristo/Etica_e_Deontologia.html)> Acesso em: 3 mar. 2009.
- FAÚNDES, Anibal; HARDY, Ellen. Ética Médica e Planejamento Familiar no Brasil. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio/planeja.html>> Acesso em: 25 abr. 2004.
- FELDHAUS, Charles. Habermas, eugenia liberal e o direito à liberdade reprodutiva. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 18, 2008.
- FIRESTONE, Sulamith. **A dialética do sexo: um manifesto da revolução feminista**. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil, 1976, 276p.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FRANCISCONI et al. 2002. O papel dos Comitês de Bioética na humanização da assistência à saúde. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio10v2/Simposio6.pdf>> Acesso em agosto de 2009.
- _____. Dez Anos de Atividades do Programa de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/bioeticaeeticanaciencia.htm>> Acesso em: 26 mai. 2007.
- FREITAG, Bárbara. A questão da moralidade: da razão prática de Kant à ética discursiva de Habermas. *Tempo Social: Revista de Sociologia, USP*. São Paulo, 1 (2): 7-44, 2. 1989.
- GARRAFA, Volnei. Disponível em: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/...2/03_artigos12.pdf> Acesso em: 16 abr. 2009.
- GOLDIM, José Roberto. Bioética: origens e complexidade. In: *Revista HCPA*, 2006; 26 (2), pp. 86-92.
- GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos. Comitês de ética hospitalar. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/comitesdeeticahospitalar.htm>> Acesso em: 12 ago. 2009.
- _____. Comitês de bioética. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/comitesdebioetica.htm>> Acesso em: 12 ago. 2009.
- _____. A experiência dos Comitês de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/aexperienciadoscomitesdeetica.htm>> Acesso em 12 ago. 2009.
- _____. Consultorias bioéticas. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/consultoriasbioeticas.htm>> Acesso em: 12 ago. 2009.
- _____. Programa de educação continuada em bioética. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/programadeacaocontinuada.htm>> Acesso em 12 ago. 2009.

- GUILHEM, Dirce. *Novas Tecnologias Reprodutivas, Ética e Legislação no Brasil: Um Debate*. Disponível em: <[http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa18\(guilhem\)ntrs.pdf](http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa18(guilhem)ntrs.pdf)> Acesso em: 10 nov. 2009.
- HABERMAS, Jürgen. *Teoria de la acción comunicativa I - Racionalidad de la acción y racionalización social*. Madri: Taurus, 1987.
- _____. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989. 236p.
- _____. *O futuro da natureza humana. A caminho de uma eugenia liberal?* São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- _____. *A ética da discussão e a questão da verdade*. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 69p.
- HERITIER, Françoise. *Costela de Adão: reflexões sobre os novos modos de procriação*. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.8, n.1, p. 98-114, 2000.
- JUNGES, José Roque. **Bioética**: perspectivas e desafios. São Leopoldo: Editora Unisinos, 1999.
- KALSING, Vera Simone Schaefer. *A Votação do Projeto de Regulamentação do Aborto Legal na Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul: O Projeto de Lei N° 148/97*. 2000. 175f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- _____. *Os Direitos Reprodutivos das mulheres no Brasil: uma breve incursão sobre as políticas públicas na área de Planejamento Familiar*. In: **COLETIVO FEMININO PLURAL**. *Vida, saúde e sexualidade das mulheres em regime semi-aberto: A um passo da liberdade – um projeto de prevenção em DSTs/HIV/AIDS com mulheres presas*. Org. Télia Negrão e Aparecida Luz Fernandes. Pref. Fátima Oliveira. Porto Alegre: 2005, p. 93-100. Também disponível em: <<http://www.femininoplural.org.br>> Acesso em: 10 abr. 2009.
- KALSING, Vera Simone Schaefer; HOLZMANN, Lorena. *Tecnologias da reprodução humana*. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2006. p. 299-302.
- KALSING, Vera Simone Schaefer. *Notas sobre o conceito de Gênero: uma breve incursão sobre a vertente pós-estruturalista*. **Revista Científica FAIS**. Revista Institucional da Faculdade de Sorriso. Sorriso: Faculdade de Sorriso, Ano II, n° 2 – Julho/dezembro 2008. p. 109-126.
- LABORIE, Françoise. *Novas tecnologias da reprodução: risco ou liberdade para as mulheres?* **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 435-447, 1993.
- LISBOA, Teresa Kleba. *Heroínas em luta na conquista de suas glórias: um estudo sobre o processo de empoderamento das mulheres nas comunidades de periferia de Florianópolis*. 2000. Tese (Doutorado em Sociologia). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis e Brasília: Editora Vozes e Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação, 1998. 179 p.
- _____. *Nas redes do conceito de gênero*. In: LOPES, Marta Júlia Marques, MEYER, Dagmar Estermann, WALDOW, Vera Regina (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 7-18, 1996.
- MARQUES, Pedro Valentim. *Mercados futuros e de opções agropecuários*. In: ZYLBERSZTAJN, Decio & NEVES, Marcos Fava (org.). **Economia e gestão dos negócios agroalimentares**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2005.

- MARTINS, Carlos Benedito. **O que é sociologia**. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Ruptura e Continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político - o caso da política de saúde. Texto para discussão n. 21. Escola de Governo da Fundação João Pinheiro. Governo de Minas Gerais, 2005.
- NEVES, Maria do Céu Patrão. 1995. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v4/fundament.html>> Acesso em: 13 set. 2009.
- NICHOLSON, Linda. Interpretando gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.8, n. 2, pp. 9-41, 2000.
- OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Aborto/cidadania: tecendo a democracia. **Espaço Feminino**: revista do núcleo de estudos de gênero e pesquisa sobre a mulher, Uberlândia, vol. 1, n. 1, 1994.
- OLIVEIRA, Fátima. Biotecnologias de procriação e bioética. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 10, p. 53-81, 1998.
- _____. Um olhar feminista sobre biotecnologia. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Junho, 2002, n. 25. p. 1-5. (Encarte).
- OLIVEIRA, Renato de. Observações do professor em defesa de tese de doutorado em Sociologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul em agosto de 2008.
- O QUE É BIOPOLÍTICA. Fundação Heinrich Böll e Ser Mulher. Organização, pesquisa e redação Alejandra Rotania. Pesquisa Vanessa Ventura. Nova Friburgo, RJ. Novembro, 2006.
- OSIS, Maria. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.ph>> Acesso em: 12 abr. 2009.
- PESQUISA Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Apresentação. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/apresentacao_suzana.ppt> Acesso em: 2 fev. 2010.
- PINOS, Amanda. Mães, ainda. In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene. **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas**: Questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003, p. 79-85.
- RAMÍREZ, Martha Celia. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro. 2003a. 261f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Departamento de Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- _____. Questões e desafios decorrentes da fabricação de bebês. In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene. **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas**: Questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003b, p. 107-120.
- _____. Diagnóstico Nacional e Balanço Regional - Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. **Campanha por uma Convenção Interamericana de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. São Paulo, 2002. 72p.
- _____. **Dossiê Reprodução Humana Assistida**. Belo Horizonte, 2003.
- RIBEIRO, Mariska. Direitos reprodutivos e políticas descartáveis. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 400-407, 1993.
- ROCQUE, Lucia de la. Gênero e reprodução em questão: utopias e distopias feministas. In: JORGE, Tânia C. de Araújo (Org.). **Ciência e Arte**: encontros e sintonias. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2004, p. 48-66.
- ROHDEN, Fabíola. Debate – Parte I. In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene. **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas**: Questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003, p. 87-106.

- ROTANIA, Alejandra. **A celebração do temor**: biotecnologias, reprodução, ética e feminismo. Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais, 2001, 508p.
- _____. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas no contexto da tecnociência. In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene. **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas**: Questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003, p. 15-28.
- ROTANIA, Alejandra; WERNECK, Jurema (Org.). **Sob o signo das bios**. Vozes críticas da sociedade civil. Reflexões no Brasil. Vol. II. Nova Friburgo, Marca Gráfica e Editora, 2005.
- SABAT, Ruth. Entre signos e imagens: gênero e sexualidade na pedagogia da mídia. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- SANTOS, Patrícia Lessa dos. O corpo desnudado: das imagens da mulher na ciência às imagens da mulher na publicidade. Trabalho apresentado no III Encontro da Rede Brasileira de Estudos e Pesquisas Feministas (REDEFEM) e Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero (NUTEG): “Enfoques Feministas e as Tradições Disciplinares nas Ciências e na Academia”, Niterói: 2001.
- SANDALOWSKI, Mari Cleise. Senhores do Destino? A Trajetória Profissional como Elemento Condicionante à Receptividade das Novas Tecnologias Terapêuticas de Manipulação de Células-Tronco em um Setor da Comunidade Médica do Rio Grande do Sul. 2009. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- _____. Tecnologias reprodutivas: novas escolhas, antigos conflitos. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 10, p. 83-112, 1998.
- _____. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 16, p. 137-50, 2001.
- SCAVONE, Lucila. Debate – Parte I. In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene. **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas**: Questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003, p. 87-106.
- _____. **Dar a vida e cuidar da vida**: Feminismo e Ciências Sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004, 208p.
- _____. **Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero**. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista8/ensaio3.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2009.
- SCHOTSMANS, Paul T. O homem como criador? Desenvolvimentos na genética humana e os limites da autodeterminação humana. **Cadernos Adenauer III** (2002), n.1, Bioética. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, maio 2002, p. 11-33.
- SCHRAMM, Fermin Roland. **Cadernos Adenauer III** (2002), n.1, Bioética. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, maio 2002, p. 87-102.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Gênero e Educação, Porto Alegre: v. 20, n. 2, pp. 71-99, jul/dez. 1995.
- STOLCKE, Verena. El sexo de la biotecnología. **Estudios Feministas**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 139-155, 1998.
- STRATHERN, Marilyn. **Reproducing the future**: anthropology, kinship and new reproductive technologies. New York: Routledge, 1992.
- TAIN, Laurence. Um filho quando eu quiser: o caso da França contemporânea. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.13, n. 1, p. 53-67, 2005.

- TAMANINI, Marlene. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas à luz da Bioética e das teorias de gênero: casais e médic@s no sul do Brasil. 2003. 363f. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- TAMBIAH, Yasmin. Sexualidad y derechos humanos. In: REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Serias para el debate**. Campaña por la convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. n. 1. São Paulo, 2003, p.41-59.
- TAYLOR, Janelle S. Introduction. In: TAYLOR, Janelle S.; LAYNE, Linda; WOZNIAK, danielle F. (org.) **Consuming motherhood**. New Bruswick: Rutgers University Press, 2004.
- THOMPSON, Charis. Science and society: some varieties of science and technology studies. In: **Making parents**: the ontological choreography of reproductive technologies. London: MIT Press, 2005, p. 31-54.
- TRANSFERÊNCIA de Citoplasma. Disponível em: <http://www.abdelmassih.com.br/tr_transferencia_citoplasma01.php> Acesso em: 11 nov. 2009.
- VIEIRA, Fernanda Bittencourt. O Debate Feminista sobre a Reprodução Assistida e Direitos Sexuais e Reprodutivos. Disponível em: <http://www.sbsociologia.com.br/.../XIII_Congresso_Brasileiro_de_Sociologia.pdf> Acesso em: 15 ago. 2009.
- ZÁCHIA, Suzana Azevedo. A visão dos profissionais da saúde na abordagem de questões de reprodução assistida: uma perspectiva transcultural. 2006. 79f Dissertação (Mestrado em Medicina) – Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- ZATZ, Mayana. Clonagem Humana: conhecer para opinar. Disponível em: <<http://www.diabetenet.com.br/conteudocompleto.asp?idconteudo=1449>> Acesso em: 10 out. 2009.
- Fonte da imagem de capa: de reprodução 250 x 300 - 11k – jpg. Disponível em: <<http://www.bebe.abril.com.br>> Acesso em: 12 out. 2009.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ANDER-EGG, Ezequiel. **Técnicas de Investigación Social**. 24 ed. Buenos Aires: Lumen, 1995.
- ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de. Caminhos percorridos: o acesso as NTRc e suas implicações. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (Org.). **Fabricando a vida**. Implicações éticas, culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas. Porto Alegre: Metrópole, 2007, p. 11-25.
- _____. ALLEBRANDT, Débora. Família, anonimato de doadores e adoção: diálogos e concepções. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (Org.). **Fabricando a vida**. Implicações éticas, culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas. Porto Alegre: Metrópole, 2007, p. 67-79.
- ARILHA, Margareth. Desejo da maternidade, tecnologias conceptivas e o estado: rápidas considerações. In: SCAVONE, Lucila (Org.). **Tecnologias reprodutivas**. Gênero e ciência. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista (UNESP), 1996. – (Seminários e debates) p. 199-204.
- ARRUDA, Angela. Gênero, epistemologia e a invenção da roda. In: SCAVONE, Lucila (Org.). **Tecnologias reprodutivas**. Gênero e ciência. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista (UNESP), 1996. – (Seminários e debates) pp. 207-210.
- BARBOSA, Rosana Machin. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: produzindo classes distintas de mulheres? In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene. **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas**: Questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003, p. 39-49.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, Fernando Antônio Ferreira de. Os avanços da tecnociência, seus efeitos na sociedade contemporânea e repercussões no contexto brasileiro. In: BAUMGARTEN, Máira. (Org.) **A era do conhecimento**: matrix ou agora? Porto Alegre/ Brasília: Editora da Universidade/UFRGS/ Ed. UnB, 2001. p. 73-87.
- BAUER, Martin e AARTS, Bas. A construção do Corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, Martin; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 19-37.
- BAUMGARTEN, Máira. Globalização e ciência; tecnologia no limiar do século XXI: os anos 90 no Brasil. In: BAUMGARTEN, Máira. (Org.) **A era do conhecimento**: matrix ou agora? Porto Alegre/Brasília: Editora da Universidade/UFRGS/Ed. UnB, 2001. p. 89-119.
- _____. Conhecimento, planificação e sustentabilidade. In: **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação SEADE, v. 16, n. 3, jul./set. 2002, p. 31-41.
- BAUMGARTEN, Máira (Org.). Redes, conhecimento e inovação social. In: **Conhecimentos, redes. Sociedade, política e inovação**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. p. 23-38.
- _____. Tecnologia e desenvolvimento. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2006c. p. 292-299.
- _____. Tecnologias sociais e inovação social. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2006d. p. 302-304.
- BERLINGUER, Giovanni. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

- _____. **Questões de vida.** Ética, Ciência e Saúde. Salvador-São Paulo-Londrina, APCE-HUCITEC-CEBES, 1993.
- BERQUÓ, Elza. A família no século XXI: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Estudos de População.** São Paulo, v. 6, n. 2, p.1-16, jul/dez. 1989.
- _____. Cairo – 94 e o confronto norte-sul. **Novos Estudos CEBRAP,** São Paulo: n. 37, novembro de 1993, p. 7-19.
- BOURDIEU, Pierre. **Questões de Sociologia.** Paris: Minut, 1980.
- BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loïc J. **Respuestas por una antropología reflexiva.** México: Grijalbo, 1995.
- BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas.** Campinas: Papirus, 1996.
- _____. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: LOPES, Marta Júlia Marques, MEYER, Dagmar Estermann, WALDOW, Vera Regina (Org.). **Gênero e Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 28-40, 1996.
- _____. **A dominação masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. 160 p.
- BUTLER, Judith. (1990) Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo. **Cadernos Pagu,** n.11, p.11-42, 1998.
- CANTARINO, Carolina. Manifesto para ciborgues: ciência, tecnologia e feminismo socialista no final do século XX. Donna Haraway. (RESENHA). Disponível em: <<http://www.comciencia.br/resenhas>> Acesso em: 23 set. 2006.
- CATTANI, Antonio David. Autonomia – emancipação social. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia.** Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2006. p. 43-48.
- CÉLULAS-tronco embrionárias. Disponível em: <<http://www.ambito-juridico.com.br>> Acesso em: 2 nov. 2007.
- CENTROS de reprodução assistida no Brasil. Disponível em: <<http://www.reproducaoassistida.com.br>> Acesso em: 30 out. 2005.
- COLLUCCI, Cláudia. Clínicas médicas trocam óvulo por check-up. Disponível em: <<http://www.sermulher.org.br/site/index>> Acesso em: 2 nov. 2006.
- COREA, Gena. Os riscos da fertilização in vitro. In: SCAVONE, Lucila (org.). **Tecnologias reprodutivas. Gênero e ciência.** São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista (UNESP), 1996. – (Seminários e debates) p. 163-166.
- CORREA, Marilena. Novas tecnologias reprodutivas: doação de óvulos. O que pode ser novo nesse campo? Disponível em: <http://www.biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/536253.html> Acesso em: 5 nov. 2006.
- COSTA, Cláudia de Lima. O sujeito no feminismo: revisitando debates. **Cadernos Pagu,** Campinas, v. 19, p. 59-90, 2002.
- _____. O feminismo e o pós-modernismo/pós-estruturalismo: as (in)determinações da identidade nas (entre)linhas do (con)texto. In: PEDRO, Joana Maria; GROSSI, Mirian Pillar (Org.) **Masculino, Feminino, Plural: gênero na interdisciplinaridade.** Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998. pp. 57-90.
- COSTA, Rosely Gomes. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. **Estudos Feministas,** Florianópolis, n. 2, p. 339-356, 2002.
- _____. O que a seleção de doadores de gametas pode nos dizer sobre noções de raça? **Phisis Revista de Saúde Coletiva.** Vol. 14, n. 2, p. 235-255, 2004.
- DECLARAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Estudos Feministas,** Florianópolis, v.15, n. 1, 2007.
- ENCONTRO discute Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas. Disponível em: <<http://www.agecom.ufsc.br>> Acesso em 30 out. 2005.

- FELDHAUS, Charles. O Futuro da Natureza Humana de Jürgen Habermas: Um Comentário Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 11 nov. 2007.
- FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betania; PORTELLA, Ana Paula. **Feminismo: Novas Tecnologias Reprodutivas**. SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia. Pernambuco: Edições SOS Corpo, 2008.
- FONSECA, Cláudia. A vingança de Capitu: DNA, escolha e destino na família brasileira contemporânea. In: Bruschini, Cristina; Unbehaum, Sandra (Orgs.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: Editora 34, 2002. p. 267-294.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. pp. 79-98.
- _____. O nascimento do hospital. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 99-111.
- _____. Poder-corpo. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 145-152.
- _____. A política da saúde no século XVIII. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 193-207.
- _____. Sobre a história da sexualidade. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 243-276.
- _____. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- _____. Aula de 17 de março de 1976. In: **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p. 285-315.
- GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.
- GILLIGAN, Carol. **Teoria Psicológica e Desenvolvimento da Mulher**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. 285p. Tradução de Natércia Rocha do original em inglês intitulado In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development, 1982.
- GOLDIM, José Roberto. Bioética e ética na ciência. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/bioéticaeeticanaciência.htm>> Acesso em: 26 mai. 2007.
- GOLDIM, José Roberto et al. Clinical Bioethics Committees: A Brazilian Experience. **Journal International de Bioethique**, 2008, Vol. 19, N° 1-2. Chapitre 12, p. 181-192.
- GOLDIM, José Roberto. Definição de Bioética – Potter 1970. 1997. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/definiçãodebioética.htm>> Acesso em 29 de março de 2009.
- _____. Seminário sobre a Obra de Thadeu Weber Moralidade e Eticidade em Hegel. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br>> Acesso em: 29 mar. 2009.
- HAGUETTE, Teresa M. Frota. Metodologias Qualitativas na Sociologia. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1990.
- HARAWAY, Donna. Um manifesto para os Cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 243-288.
- _____. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 5, p. 7-41, 1995.

- HEILBORN, Maria Luiza. Gênero: um olhar estruturalista. In: PEDRO, Joana Maria; GROSSI, Mirian Pillar (Org.) **Masculino, Feminino, Plural: gênero na interdisciplinaridade**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998. p. 43-56.
- HOLLANDA, Heloisa Buarque de. Feminismo em tempos pós-modernos. In: _____ (Org.). **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 7-19.
- INDICADORES sociais mínimos. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabela1.shtm>> Acesso em: 2 fev. 2010.
- KALSING, Vera Simone Schaefer. O debate do aborto: a votação do aborto legal no Rio Grande do Sul. **Cadernos Pagu** (19) 2002: p. 279-314.
- KOFES, Suely. Categorias analítica e empírica: gênero e mulher: disjunções, conjunções e mediações. **Cadernos Pagu** (1) 1993: p. 19-30.
- LAURETIS, Teresa de. A tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206-242.
- LEITE, Marcelo. Folha de São Paulo. O futuro da natureza humana. 2002. Disponível em: <<http://www.folhadesaopaulo.com.br/ciencia>> Acesso em: 13 abr. 2005.
- _____. Recombinação assistida: novos testes e possibilidades abertos pelas biotecnologias embaralham meios e fins da reprodução humana. Disponível em: <<http://www.sermulher.org.br/site/index>> Acesso em: 2 nov. 2006.
- LUNA, Naara. Pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 389-413, 2001.
- _____. Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 19, p. 233-278, 2002.
- _____. Novas tecnologias reprodutivas: natureza e cultura em redefinição. Disponível em: <<http://www.calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/campos/article>> Acesso em: 15 set. 2005.
- _____. Novela e biotecnologia: os pais de “o clone” segundo mulheres em tratamento de fertilidade. In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene. **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Questões e desafios**. Brasília: Letras Livres, 2003, p. 51-66.
- MACEDO, Juliana Lopes de et al. Perfil dos usuários de um serviço público de reprodução assistida. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (Org.). **Fabricando a vida**. Implicações éticas, culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas. Porto Alegre: Metrópole, 2007, p. 27-36.
- _____. Definindo o indefinível – considerações sobre o início da vida. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (Org.). **Fabricando a vida**. Implicações éticas, culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas. Porto Alegre: Metrópole, 2007, p. 37-50.
- MACHADO, Paula Sandrine. O sexo dos anjos: o olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 24, p. 249-281, 2005.
- MENEZES, Alexandre do Valle. Esboço de uma ontologia do cyborg. Disponível em: <<http://www.eco.ufrj.br/pretexto/sociais>> Acesso em: 23 set. 2006.
- MIELI, Paola. Verde: notas sobre as implicações da reprodução assistida. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 156-169, 1998.
- NASCIMENTO, Pedro. Pagando o preço: uma etnografia do acesso ao serviço público de reprodução assistida em Porto Alegre/RS. In: ALLEBRANDT, Débora;

- MACEDO, Juliana Lopes de (Org.). **Fabricando a vida**. Implicações éticas, culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas. Porto Alegre: Metrópole, 2007, p. 83-104.
- NOVAES, Simone B; SALEM, Tânia. Recontextualizando o embrião. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 65-88, 1995.
- OLIVEIRA, Fátima. Por uma bioética não-sexista, anti-racista e libertária. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 303-329, 1995.
- _____. Expectativas, falências e poderes da medicina da procriação: gênero, racismo e bioética. In: SCAVONE, Lucila (Org.). **Tecnologias reprodutivas**. Gênero e ciência. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista (UNESP), 1996. – (Seminários e debates) p. 185-198.
- _____. Bioética e as mulheres. In: REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: **Dossiês**. São Paulo, 2001. p. 151-186.
- PASSOS, Eduardo Pandolfi. História da Reprodução Assistida: lições aprendidas e desafios futuros. In ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (Org.). **Fabricando a vida**. Implicações éticas, culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas. Porto Alegre: Metrópole, 2007, p. 155-162.
- PESQUISA Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>> Acesso em 2. fev. 2010.
- PESSIS-PASTERNAK, Guitta. **Do caos à inteligência artificial**: quando os cientistas se interrogam. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993. – (Biblioteca básica).
- PIÑEIRO, Walter Esteves. O princípio bioético da autonomia e sua repercussão e limites jurídicos. **Cadernos Adenauer III** (2002), n.1, Bioética. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, maio 2002, p. 113-129.
- PORTO, Dora. **A moralidade da globalização**. Brasília: Dora Porto Editora, 2009.
- RABINOW, Paul. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. In: RABINOW, Paul. **Antropologia da Razão**: ensaios de Paul Rabinow. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999, p.135-157.
- RAIZER, Leandro; NEVES, Fabrício Monteiro; SANDALOWSKI, Mari Cleise. Biotecnologia. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2006. p. 49-52.
- RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha Célia. A fertilização tecnológica dos nossos corpos, nossas vidas. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/mulheres>> Acesso em: 24 set. 2006.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: **Dossiês**. São Paulo, 2001
- ROCQUE, Lucia de la. O golen e o ciborgue, nos limites do humano: a apologia de uma ciência feminina em He, e she and it de Marge Piercy. In: OLIVEIRA, Teresa Marques de; MONTEIRO, Maria Conceição (Org). **Figurações do feminino nas manifestações literárias**. Rio de Janeiro: Editora Caetés, 2005, p. 177-196.
- ROESE, Mauro. A metodologia do estudo de caso. **Cadernos de Sociologia**. Pesquisa Social Empírica: Métodos e Técnicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Porto Alegre, n. 9, p. 189-200, 1998.
- ROTANIA, Alejandra. Biologia moderna, feminismo e ética. In: SCAVONE, Lucila (Org.). **Tecnologias reprodutivas**. Gênero e ciência. São Paulo: Editora da

- Universidade Estadual Paulista (UNESP), 1996. – (Seminários e debates) pp. 167-183.
- _____. Os desafios para o feminismo como crítica da cultura no terceiro milênio. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 170-176, 1998.
- _____. Biotecnologia, por quê? **Jornal da Rede Feminista de Saúde**. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Junho, 2002, n. 25. p. 6-9. (Encarte).
- _____. Engenharia genética: significados ocultos. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php>> Acesso em: 24 set. 2006.
- ROTANIA, Alejandra; WERNECK, Jurema (Org.). **Sob o signo das bios**. Vozes críticas da sociedade civil. Reflexões no Brasil. Vol. I. Rio de Janeiro, E-papers Serviços Editoriais, 2004.
- SANTOS, Laymert Garcia dos. Tecnologia, perda do humano e crise do sujeito do direito. In: OLIVEIRA, Francisco de; PAOLI, Maria Célia. (Org.) **Os sentidos da democracia**. Políticas do dissenso e hegemonia global. Organizado pela equipe de pesquisadores do Núcleo de Estudos dos Direitos da Cidadania – NEDIC. Petrópolis: Vozes; Brasília: NEDIC, 1999. p. 291-306.
- SCAVONE, Lucila. Recursos conceituais: feminismo e ciências sociais. In: _____ (Org.). **Tecnologias reprodutivas**. Gênero e ciência. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista (UNESP), 1996. – (Seminários e debates) p. 47-60.
- SCHOCKENHOFF, Eberhard. Quem é um embrião? **Cadernos Adenauer III** (2002), n.1, Bioética. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, maio 2002, p. 35-44.
- SOTO, William Héctor Gómez. A análise do discurso nas Ciências Sociais. **Cadernos de Sociologia**. Pesquisa Social Empírica: Métodos e Técnicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Porto Alegre, n.9, p. 161-187, 1998.
- STOLCKE, Verena. New reproductive technologies: same old fatherhood. In: **Critique of Anthropology**, vol. 6, núm. 3, p. 5-31, 1986.
- STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 303-329, 1995.
- TAMANINI, Marlene. Do sexo cronometrado ao casal infértil. In: GROSSI, Miriam et al. **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas**: Questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003, p. 121-136.
- _____. Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Bioética, Controvérsias. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 73 -107, 2004.
- _____. A disseminação das Novas Tecnologias Conceptivas: algumas implicações para a pesquisa. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (Org.). **Fabricando a vida**. Implicações éticas, culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas. Porto Alegre: Metrópole, 2007, p. 105-114.
- TAVARES, Maria Solange Guarino. Tecnologias reprodutivas: implicações na saúde da mulher. In: SCAVONE, Lucila (org.). **Tecnologias reprodutivas**. Gênero e ciência. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista (UNESP), 1996. – (Seminários e debates) p. 217-220.
- TAXA de fecundidade continua abaixo do nível mínimo de reposição da população. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1233> Acesso em: 10 jan. 2010.

VALLS, Ávaro. Ética na contemporaneidade. Disponível em:
<<http://www.bioetica.ufrgs.br/bioetica>> Acesso em: 26 mar. 2009.

DOCUMENTOS PESQUISADOS E PÁGINAS ELETRÔNICAS ACESSADAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; caderno nº 2). Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf> Acesso em: 5 jul. 2009.

CÓDIGO de Nuremberg. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/codigodenuremberg.htm>> Acesso em: 26 mai. 2007.

DECLARAÇÃO de Helsinki. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/declaracaodehelsinki.htm>> Acesso em: 26 mai. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 426/GM de 22 de março de 2005. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 1998. Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm> Acesso em: 29 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei do Planejamento Familiar: Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9263.htm>>

RESOLUÇÃO do CFM (1.358/92). Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1358_1992.htm> Acesso em: 24 set. 2006.

Cátedra da UNESCO: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br>

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO): <http://www.febrasgo.org.br>

Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br>

Página da Bioética da UFRGS: <http://www.bioetica.ufrgs.br>

Red Latinoamericana de Reproducion Assistida (REDLARA): <http://www.redlara.com>

Sociedade Brasileira de Bioética (SBB): <http://www.sbbioetica.org.br>

Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA): <http://www.sbra.com.br>

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH): <http://www.sbrh.org.br>

FILMES ASSISTIDOS

A EXPERIÊNCIA. Título original: Species

País de origem: EUA Ano 1995 Duração: 108 min. Direção: Roger Donaldson.

A ILHA. Título Original: The Island

País de origem: EUA Ano 200. Duração 127 min. Direção: Michael Bay.

A ILHA DO DOUTOR. MOREAU. Título original: The Island of Dr. Moreau.

País de origem: EUA Ano: 1996 Duração: 96 min. Diretor: John Frankenheimer.

A NOIVA DE FRANKENSTEIN. Título original: Bride of Frankenstein

País de origem: EUA Ano: 1935 Duração: 75 min. Direção: James Whale.

BLADE RUNNER: O CAÇADOR DE ANDRÓIDES. Título original: Blade Runner

País de origem: EUA Ano: 1982 Duração: 118 min. Direção: Ridley Scott.

EU, ROBÔ Título original: I, Robot.

País de origem: EUA. Ano: 2004 Duração: 115 min. Direção: Alex Proyas.

FILHOS DA ESPERANÇA. Título original: Child of men.

País de origem: EUA Ano: 2006 Duração: 114 min. Direção: Alfonso Cuarón.

FRANKENSTEIN. Título Original: Frankenstein

País de origem: EUA Ano: 1931 Duração: 71 min. Direção: James Whale.

GATTACA. A Experiência Genética. Título Original: Gattaca

País de origem: EUA Ano: 1997 Duração: 112min. Direção: Andrew Niccol.

MATRIX. Título Original: The Matrix.

País de origem: EUA/Austrália Ano: 1999 Duração: 136 min. Direção: Andy Wachowski e Larry Wachowski.

MATRIX RELOAED. Título Original: The Matrix Reloaed.

País de origem: EUA Ano: 2003 Duração: 138 min. Direção: Andy Wachowski e Larry Wachowski.

O JULGAMENTO DE NUREMBERG. Título original: Nuremberg.

País de origem: EUA/Canadá Ano: 2000 Duração: 181 min. Direção: Yves Simoneau.

O RESGATE DO SOLDADO RYAN. Título original: Saving Private Ryan.

País de origem: EUA Ano: 1998 Duração: 168 min. Direção: Steven Spielberg.

O ENVIADO. Título original: The Godsend.

País de origem: EUA/Canadá Ano: 2004 Duração: 102 min. Direção: Nick Hamm.

O HOMEM SEM SOMBRAS. Título original: Hollow Man

País de origem: EUA Ano: 2000 Duração: 112 min. Direção: Paul Verhoeven.

X-MAN. Título original: X-Man.

País de origem: EUA Ano: 2000 Duração: 104 min. Direção: Bryan Singer.

ANEXOS

GLOSSÁRIO DOS TERMOS TÉCNICOS

Células-tronco embrionárias: As células-tronco dividem-se em quatro tipos: totipotentes ou embrionárias, pluripotentes ou multipotentes, oligopotentes e unipotentes, porém, somente as chamadas células-tronco totipotentes são as que conseguem se diferenciar em todos os 216 tecidos que formam o corpo humano (<http://www.ambito-juridico.com.br>).

Clonagem Reprodutiva: consiste em obter um embrião por meio do processo FIV e provocar divisão ou multiplicação dos embriões a partir do embrião original. É utilizada a técnica chamada de Transferência Nuclear que se baseia na remoção do núcleo de um óvulo e substituição por outro núcleo de outra célula somática. Após a fusão, vai ocorrendo a diferenciação das células. Cinco dias após a fecundação, o embrião agora com 200 a 250 células, forma um cisto chamado blastocisto. É nesta fase que ocorre a implantação do embrião na cavidade uterina. O blastocisto apresenta as células divididas em dois grupos: camada externa, que vai formar a placenta e o saco amniótico; e camada interna que dará origem aos tecidos do feto. Após o período de gestação, surge um indivíduo com patrimônio genético idêntico ao do doador da célula somática. A clonagem reprodutiva é uma concepção assexuada e assexuada. O zigoto resultante, produzido por indução elétrica da ação do citoplasma, é transferido para um útero até que a gravidez seja levada a termo.

Clonagem Terapêutica: é um procedimento cujos estágios iniciais são idênticos à clonagem para fins reprodutivos, difere somente no fato do blastocisto não ser introduzido em um útero. Ele é utilizado em laboratório para a produção de células-tronco (totipotentes) a fim de produzir tecidos ou órgão para transplante. Esta técnica tem como objetivo produzir uma cópia saudável do tecido ou do órgão de uma pessoa doente para transplante. (http://www.ghente.org/temas/clonagem/index_txr.htm).

Criopreservação: A criopreservação de embriões é uma técnica decorrente do processo FIV. Vários óvulos são fertilizados e vários embriões são produzidos in vitro. O número de embriões transferidos no Brasil, permitidos segundo normatização nacional, são até quatro. Mais de quatro, contudo, são produzidos in vitro. Os embriões excedentes são colocados em câmara de nitrogênio líquido a baixas temperaturas (196°C negativos) à espera de uma decisão relativa à nova tentativa de FIV: serem doados; utilizados em pesquisa ou serem descartados (REDESAUDE, 2003).

Diagnóstico Genético Pré-Implantacional (DGI ou DGPI, ou ainda DGP): lançada há mais de uma década por Handyside e outros, do Hospital Hammersmith, em Londres, permite a remoção, por biópsia, de uma única célula (blastômero) de um embrião de até 14 dias para análise cromossômica, através da hibridização por fluorescência in situ (FISH), possibilitando identificar se o embrião é acometido por doenças genéticas, antes de transferi-lo para o útero. Esta técnica, já utilizada no Brasil, permite determinar o sexo do embrião e avaliar a “qualidade embrionária” (REDESAUDE, 2003).

Fertilização in Vitro (FIV): permite o encontro entre óvulo e espermatozóide fora do corpo da mulher, na proveta. O sêmen é obtido mediante masturbação e o óvulo através de um procedimento bem mais complexo: o ovário é hiperestimulado com medicamentos hormonais para produzir mais do que um óvulo. O crescimento e amadurecimento são acompanhados mediante ultra-som e os óvulos são extraídos

do corpo da mulher mediante procedimentos que utilizam anestesia local ou geral. Uma agulha é introduzida em cada um dos folículos maduros e seu conteúdo é aspirado. Os óvulos e os espermatozoides de melhor qualidade são colocados em um meio de cultura para que aconteça a fecundação. Os pré-embriões são transferidos para o útero. É a chamada FIVETE: Fertilização In Vitro com Transferência de Embriões (RAMÍREZ, 2003a).

Gestação Substitutiva: é popularmente conhecida como “barriga de aluguel” e consiste na doação temporária do útero. Em alguns países, ela se dá de forma contratual e em outros, como é o caso do Brasil, essa técnica é permitida somente entre parentes de até segundo grau.

Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide (ICSI): surgiu como uma alternativa à infertilidade masculina seja por baixa contagem, anomalias de mobilidade ou ausência de espermatozoides. No último caso, é utilizada uma célula precursora do espermatozóide (espermátide). Os espermatozoides ou o espermátide são colocados em um meio de cultura, onde são preparados. Um deles é injetado diretamente no óvulo, mediante o uso de micro-manipuladores. Os óvulos são coletados da mesma forma que na FIV (RAMÍREZ, 2003a).

Inseminação Artificial (IA): consiste no depósito de espermatozoides diretamente no trato genital feminino (vagina, colo, cavidade uterina) por meio de uma cânula. O sêmen pode ser do parceiro da mulher ou de doador anônimo. A fecundação acontece no corpo feminino (RAMÍREZ, 2003a).

Novas Tecnologias Reprodutivas contraceptivas: Consideram-se novas tecnologias contraceptivas o Gynefix (dispositivo intra-uterino), os implantes (Norplant), os anéis vaginais com hormônios, as pílulas masculinas (produzidas com pigmento amarelo da semente, talo e raiz do algodão) e as vacinas anticoncepcionais; a mais conhecida e pesquisada é a que contém o hormônio da gravidez (gonadotrofina coriônica humana) associado a um toxóide (tetânico ou diftérico, vírus do tétano ou da difteria). Vale a pena destacar o uso da quinacrina – substância química para tratamento da malária, usada para esterilização feminina não cirúrgica, mediante a inserção de pastilhas na cavidade uterina com aplicações semelhantes às do DIU (Dispositivo Intra-Uterino). Para mais informações, ver REDESAUDE (2003) e KALSING; HOLZMANN (2006).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

Pesquisa: O Debate sobre as Novas Tecnologias Reprodutivas
Conceptivas em Comitês de Bioética Clínica do Rio Grande do Sul

Pesquisador Responsável: Vera Simone Schaefer Kalsing

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido para participar, como entrevistado(a), no Projeto acima referido, cujo objetivo é analisar o debate sobre as novas tecnologias reprodutivas conceptivas em dois Comitês de bioética clínica existentes no estado do Rio Grande do Sul, buscando identificar os atores envolvidos, analisar suas posições e argumentos, para assim, investigar os interesses em jogo e se eles se opõem.

Afirmo a inexistência de riscos físicos e/ou funcionais decorrentes dessa participação, já que ela não implica envolvimento em procedimentos experimentais e não requer ingestão de medicamentos ou drogas, ou utilização de materiais biológicos de qualquer natureza. Comprometo-me com o sigilo referente à identidade e ao teor das informações prestadas, na divulgação e/ou publicação dos resultados da pesquisa.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2007.

Nome: Vera Simone Schaefer Kalsing

Endereço: Rua Rio Grande, 2255/401 Quadra 4, Bloco A - Esteio

Telefone: 3458-6703 e 81774267

Identidade: 1044512034

RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



RESOLUÇÃO CFM nº 1.358/92

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a importância da infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la;

CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários dos casos de infertilidade humana;

CONSIDERANDO que as técnicas de Reprodução Assistida têm possibilitado a procriação em diversas circunstâncias em que isto não era possível pelos procedimentos tradicionais;

CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar o uso destas técnicas com os princípios da ética médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 11 de novembro de 1992;

RESOLVE:

Art. 1º - Adotar as NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, anexas à presente Resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

São Paulo-SP, 11 de novembro de 1992.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ

Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL

Secretário-Geral

Publicada no D.O.U dia 19.11.92-Seção I Página 16053.

NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

I - PRINCÍPIOS GERAIS

1 - As técnicas de Reprodução Assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para a solução da situação atual de infertilidade.

2 - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente.

3 - O consentimento informado será obrigatório e extensivo aos pacientes inférteis e doadores. Os aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados já obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações

devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será em formulário especial, e estará completo com a concordância, por escrito, da paciente ou do casal infértil.

4 - As técnicas de RA não devem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.

5 - É proibida a fecundação de óocitos humanos, com qualquer outra finalidade que não seja a procriação humana.

6 - O número ideal de óocitos e pré-embriões a serem transferidos para a receptora não deve ser superior a quatro, com o intuito de não aumentar os riscos já existentes de multiparidade.

7 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.

II - USUÁRIOS DAS TÉCNICAS DE RA

1 - Toda mulher, capaz nos termos da lei, que tenha solicitado e cuja indicação não se afaste dos limites desta Resolução, pode ser receptora das técnicas de RA, desde que tenha concordado de maneira livre e consciente em documento de consentimento informado.

2 - Estando casada ou em união estável, será necessária a aprovação do cônjuge ou do companheiro, após processo semelhante de consentimento informado.

III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA

As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infecto-contagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição e transferência de material biológico humano para a usuária de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos:

1 - um responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico.

2 - um registro permanente (obtido através de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, nascimentos e mal-formações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e pré-embriões.

3 - um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos usuários das técnicas de RA, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças.

IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU PRÉ-EMBRIÕES

1 - A doação nunca terá caráter lucrativa ou comercial.

2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

3 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e pré-embriões, assim como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.

4 - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores.

5 - Na região de localização da unidade, o registro das gestações evitará que um doador tenha produzido mais que 2 (duas) gestações, de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.

6 - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

7 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas prestam serviços, participarem como doadores nos programas de RA.

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU PRÉ-EMBRIÕES

1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozóides, óvulos e pré-embriões.

2 - O número total de pré-embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que se decida quantos pré-embriões serão transferidos a fresco, devendo o excedente ser criopreservado, não podendo ser descartado ou destruído.

3 - No momento da criopreservação, os cônjuges ou companheiros devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos pré-embriões criopreservados, em caso de divórcio, doenças graves ou de falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.

VI - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PRÉ-EMBRIÕES

As técnicas de RA também podem ser utilizadas na preservação e tratamento de doenças genéticas ou hereditárias, quando perfeitamente indicadas e com suficientes garantias de diagnóstico e terapêutica.

1 - Toda intervenção sobre pré-embriões "in vitro", com fins diagnósticos, não poderá ter outra finalidade que a avaliação de sua viabilidade ou detecção de doenças hereditárias, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.

2 - Toda intervenção com fins terapêuticos, sobre pré-embriões "in vitro", não terá outra finalidade que tratar uma doença ou impedir sua transmissão, com garantias reais de sucesso, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.

3 - O tempo máximo de desenvolvimento de pré-embriões "in vitro" será de 14 dias.

VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As Clínicas, Centros ou Serviços de Reprodução Humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética.

1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR



Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

Mensagem de veto

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o **caput** só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

CAPÍTULO II

DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Adib Jatene

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 15.1.1996

PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

PORTARIA Nº 426/GM Em 22 de março de 2005.

Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de estruturar no Sistema Único de Saúde - SUS uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita atenção integral em reprodução humana assistida e melhoria do acesso a esse atendimento especializado;

Considerando que a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar;

Considerando que, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS e sociedades científicas, aproximadamente, 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida fértil, sendo que a infertilidade se define como a ausência de gravidez após 12 (doze) meses de relações sexuais regulares, sem uso de contracepção;

Considerando que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infecto-contagiosas, genéticas, entre outras;

Considerando a necessidade de estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários; e

Considerando a necessidade de estabelecer os critérios mínimos para o credenciamento e a habilitação dos serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida na rede SUS,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Determinar que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar;

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças;

IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil;

V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização - PNH.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de que trata o artigo 1º desta Portaria, seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto;

II – Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro; e

III - Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial.

§ 1º A rede de atenção de Média e Alta Complexidade será composta por:

a) serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida; e

b) serviços de Assistência Especializada - SAE que são de referência em DST/HIV/Aids.

§ 2º Os componentes descritos no caput deste artigo devem ser organizados segundo o Plano Diretor de Regionalização - PDR de cada unidade federada e segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.

Art. 4º A regulamentação suplementar e complementar do disposto nesta Portaria ficará a cargo dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção em reprodução humana assistida.

§ 1º A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em reprodução humana assistida serão de competência das três esferas de governo.

§ 2º Os componentes do caput deste artigo deverão ser regulados por protocolos de conduta, de referência e de contra-referência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação.

Art. 5º A capacitação e a educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, deverão ser realizadas de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçadas nos pólos de educação permanente em saúde.

Art. 6º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, que adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, ora instituída.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

CÓDIGO DE NUREMBERG

Tribunal Internacional de Nuremberg - 1947

Trials of war criminal before the Nuremberg Military Tribunals. Control Council Law 1949;10(2):181-182.

1 O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento; essas pessoas devem exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição posterior; devem ter conhecimento suficiente do assunto em estudo para tomarem uma decisão. Esse último aspecto exige que sejam explicados às pessoas a natureza, a duração e o propósito do experimento; os métodos segundo os quais será conduzido; as inconveniências e os riscos esperados; os efeitos sobre a saúde ou sobre a pessoa do participante, que eventualmente possam ocorrer, devido à sua participação no experimento. O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento repousam sobre o pesquisador que inicia ou dirige um experimento ou se compromete nele. São deveres e responsabilidades pessoais que não podem ser delegados a outrem impunemente.

2 O experimento deve ser tal que produza resultados vantajosos para a sociedade, que não possam ser buscados por outros métodos de estudo, mas não podem ser feitos de maneira casuística ou desnecessariamente.

3 O experimento deve ser baseado em resultados de experimentação em animais e no conhecimento da evolução da doença ou outros problemas em estudo; dessa maneira, os resultados já conhecidos justificam a condição do experimento.

4 O experimento deve ser conduzido de maneira a evitar todo sofrimento e danos desnecessários, quer físicos, quer materiais.

5 Não deve ser conduzido qualquer experimento quando existirem razões para acreditar que pode ocorrer morte ou invalidez permanente; exceto, talvez, quando o próprio médico pesquisador se submeter ao experimento.

6 O grau de risco aceitável deve ser limitado pela importância do problema que o pesquisador se propõe a resolver.

7 Devem ser tomados cuidados especiais para proteger o participante do experimento de qualquer possibilidade de dano, invalidez ou morte, mesmo que remota.

8 O experimento deve ser conduzido apenas por pessoas cientificamente qualificadas.

9 O participante do experimento deve ter a liberdade de se retirar no decorrer do experimento.

10 O pesquisador deve estar preparado para suspender os procedimentos experimentais em qualquer estágio, se ele tiver motivos razoáveis para acreditar que a continuação do experimento provavelmente causará dano, invalidez ou morte para os participantes.