

As Novas Tecnologias Reprodutivas: Uma Revolução a Ser Assimilada

MARILENA C. D. V. CORRÊA*

RESUMO

Este estudo discute as *novas tecnologias reprodutivas*, também conhecidas como *reprodução assistida*. Elas são enfocadas como o cume do processo de medicalização da sexualidade e da reprodução, que historicamente forjou noções sobre o corpo, a sexualidade, o homem, a mulher, a gravidez, o parto, o aleitamento, a infância, assumindo um papel exemplar de normalização social. Mostra, particularmente, como os paradoxos da reprodução assistida são ofuscados pelo investimento feito pela mídia nesses novos fenômenos do campo médico, deixando na sombra seus efeitos duvidosos e a forma limitada como essas tecnologias são avaliadas no campo científico.

Palavras-chave: Reprodução assistida; medicalização social; tecnologia.

ABSTRACT

The new reproductive technologies: a revolution to be assimilated

This study discusses the *new reproductive technologies*, also known as *assisted reproduction*. They are viewed as the last stage in a historical process of medicalization of sexuality and reproduction, responsible for the emergence of notions which took on the role of social normalization in regard to the body, sexuality, man, woman, pregnancy, delivery, lactation, childhood. It shows, moreover, how the paradoxes of assisted reproduction are obscured by the investment of the media on these new medical phenomena, with the

* Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, pesquisadora associada ao Departamento de Políticas e Instituições de Saúde do IMS / UERJ, médica da SES-RJ.

consequence of overshadowing their dubious effects and their limited evaluation in the scientific field itself.

Keywords: Assisted reproduction; social medicalization; technology.

RÉSUMÉ

Les nouveaux technologies reproductrices: une révolution à assimiler

Cet étude discute les *nouvelles technologies reproductives*, connu aussi comme procréation médicalement assisté. Elles sont focalisés comme le dernier stage d'un procès historique de médicalisation de la sexualité et de la reproduction, qu'a répercuté dans des notions sur le corps, l'homme, femme, grossesse, accouchement, allaitement, enfance, et qu'a eut un rôle de normalisation social. Il montre aussi, les paradoxes d'avoir un nouveau problème du champ médical très médiatisée au Brésil, mais peu traitée scientifiquement.

Mots-clé: Procréation médicalement assistée; médicalisation social; technologie.

Recebido em 10/11/97.

Aprovado em 19/11/97.

Este artigo é baseado em minha tese de doutorado (Corrêa, 1997), na qual o conjunto de técnicas do campo médico conhecidas como *reprodução assistida* ou *novas tecnologias reprodutivas* é enfocado como a mais recente etapa do processo de medicalização social, cujas origens remontam ao fim século do XVIII. Não obstante apresentada como um dos principais marcos da revolução tecnológica recentemente realizada pela medicina — o que de fato não deixa de ser quando enfocada em seus aspectos puramente técnicos, e sobretudo se pensarmos que esses novos “tratamentos” das infertilidades constituem a porta aberta para pesquisas genéticas com embriões, óvulos e espermatozóides — a reprodução assistida se insere naquele processo que, historicamente, mantém contínua uma intervenção sobre a sexualidade e a reprodução humanas, particularmente sobre o corpo da mulher.

A redescrição, em termos médicos, disto que constitui um fato da vida social e individual — a dificuldade de ter filhos — é o que configura sua medicalização, e pode estar referida a uma série de contextos: demandas, desejos e sonhos das pessoas; interesse pelo conhecimento por parte dos cientistas, da produção e venda de serviços e produtos médicos etc., não podendo, entretanto, o fenômeno da medicalização, neste caso, ser reduzido a um ou outro desses contextos, exclusivamente.

A formulação das novas tecnologias reprodutivas como uma *resposta à demanda por bebês* foi, entretanto, a forma privilegiada pela própria medicina naquela redescrição. Mais do que curar, a proposta da medicina, com base nessa “revolução” tecnológica que são os bebês de proveta, é a realização individual e social de algo tão antigo como a própria Humanidade: ter filhos, reproduzir-se, constituir uma linhagem ou uma família. A perspectiva de extrema modernidade, longe de enfraquecer, parece vir reforçando o “velho” papel da medicina na construção de significados em torno das idéias de maternidade e de paternidade, e do imperativo da procriação, com todos os significados simbólicos de que ele pode ser revestido (renovação da vida, recreação do eu etc.). Aquelas idéias parecem solidificar-se e generalizar-se ainda mais quando apoiadas em procedimentos altamente tecnologicizados.

O fenômeno da medicalização social surge e desenvolve-se, historicamente, no contexto das sociedades disciplinares, tal como analisado por Foucault em um série de estudos (1977, 1979a, 1979b). Este fenômeno promoveu uma duplicação da função de cura da medicina, em uma outra função, política, de criação e transmissão de normas. A característica da medicalização, assim entendida, é a possibilidade ilimitada de extensão da

abordagem médica a qualquer aspecto da vida do homem: corpo, alma, dor, prazer, podem ser investidos pelas práticas e os discursos de disciplinas medicamente coordenadas tais como, além da própria medicina, a biologia, a psicologia, a pedagogia, de tal modo que os comportamentos e condutas cotidianas passam a ser apreciados e regulados por enunciados de tipo científico, e que são, também, produtores de individualidade.

O processo de medicalização social resultou, assim, em um estado no qual cada um e todo o corpo social está em constante vigilância quanto à produção de sua saúde, fazendo da *vida* o bem máximo, uma riqueza a ser preservada e reproduzida, o que torna o controle da sexualidade e da reprodução um eixo político central na ordem social moderna. Esta perspectiva de Foucault veio a ser conhecida como biopolítica ou bio-histórica.¹ Ela é muitas vezes lembrada, em face dos desenvolvimentos atuais da medicina, com a genética, a medicina preditiva etc. (Rabinow, 1991), que se desenvolveram em associação à reprodução assistida.

De fato, essas novas formas de medicina representam um extraordinário aprofundamento da vontade de saber e de domínio sobre os processos biológicos e corporais e até mesmo sobre o que, para elas, define o caráter dos indivíduos.

“A medicina preditiva dirige-se muito claramente a todos os cidadãos, na qualidade de pessoas doentes potenciais, e na busca de uma *resposta para tudo*, nisso que em cada um visaria acabar com o sofrimento humano. A todos enquanto gestores, ela imputa uma responsabilidade radical, tomar em mãos o destino de si e de seus descendentes. Nós vamos saber tudo, vamos liberar a humanidade das doenças genéticas, melhorar, curar os outros, aperfeiçoar a espécie. A palavra-chave que perpassa é *qualidade da vida*, aliás mais freqüentemente sinônimo de vida a mais longa possível, à condição de bem gerir seu patrimônio genético” (Higgins, 1990: 431, ênfases no original, tradução minha).

¹ A medicalização da sexualidade perpassa os estudos que venho realizando. A intervenção da medicina sobre a sexualidade se desdobra, historicamente, a partir de um modelo no qual a *reprodução* e a categoria de *população* são fundamentais, em outro que tem como base a *subjetividade*, e categorias como *desejo*, *auto-expressão*, sendo este último, na verdade, uma versão “mais moderna”, resultante de prolongamentos do mesmo processo. Os dois modelos coexistem contemporaneamente, tendo sido discutidos, por mim, com base em dados empíricos, em dois casos: o da AIDS e o problema do controle da transmissão sexual da doença; e o da iniciação sexual (cf. Corrêa, 1991, 1993, 1994, 1996).

Entretanto, na gestão do patrimônio genético pela medicina preditiva, 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 particularmente aos pais que devem tomar decisões diante dos riscos de o futuro indivíduo ser portador ou transmissor de genes supostamente defeituosos ou indesejáveis. “As probabilidades apresentadas aos ‘decisores’ não convidam nem acolhem nenhuma elaboração consciente ou inconsciente. As verdades científicas e técnicas apresentadas aos sujeitos são, de fato, imposições de um poder que se impõe sem se anunciar” (*idem*:433)

Correlativamente a esse tipo de desenvolvimento da medicina, assiste-se, nas duas últimas décadas, à multiplicação de comitês e conselhos de bioética — instâncias concebidas como normalizadoras da própria prática médica —, que se mostrariam, em suas atuais formas de organização, incapazes de, por si mesmas, propor e garantir o que seria uma prática médica adequada à saúde.

Apesar, e em virtude desses fatos da medicalização, e de falarmos em intervenção médica sobre a vida individual, é comum que certas “terapêuticas” ligadas à tecnologia biomédica, mesmo tendo abandonado seu objetivo principal de curar doenças, e independentemente de sua eficácia, apareçam como desejadas; este parece ser o caso da medicalização da ausência de filhos, com as propostas de bebês de proveta, de trocas de óvulos e espermatozoides, de congelamentos de sêmen e embriões em laboratório etc.

De fato, sem “desejo de filhos” não há infertilidade. Não querer ter filhos anula a possibilidade de vir a ser ou não medicamente confirmado, ou mesmo apenas interrogado, um estado de hipo/ infertilidade. Correlativamente, ter filhos — por que, quantos, quando — é algo que responde a normas que variam segundo países, regiões, classes, posição familiar dos indivíduos, época histórica etc. e cujo significado varia igualmente, não tendo sido sempre tão dependente da intervenção médica e de considerações biologizantes sobre o processo reprodutivo humano, como é atualmente. Logo, é possível interrogar se a demanda por filhos no contexto das novas tecnologias de reprodução, não teria nas próprias tecnologias um protagonista central? Dito de outra maneira, não seriam as novas tecnologias reprodutivas criadoras de um novo desejo do desejo de filhos?

A dificuldade de responder a esta pergunta se amplifica em função do grande vazio de pesquisas de caráter sociológico sobre a demanda pelas técnicas de reprodução assistida no caso brasileiro: não se conhece o perfil

dos usuários, as representações e principais categorias de referência para lidar com a ausência involuntária de filhos, nem o contexto e os motivos que levam as pessoas a buscar essas técnicas. E mais que isto: faltam também dados epidemiológicos, registros atualizados e de boa cobertura sobre sucesso, riscos e custos desta prática no Brasil (Corrêa, 1997).

Este quadro quase desértico contrasta com a importante e insistente presença da reprodução assistida nos meios de comunicação, espaço no qual se mostra bastante transparente, em oposição à forma opaca como este campo permanece em relação à investigação científica, sociológica, ou crítica.

Esse contraste me foi particularmente instigante, sobretudo porque aquela presença intensa da temática da reprodução assistida nos meios de comunicação não me parecia corresponder à extensão da prática da reprodução assistida no Brasil, o que de fato veio a se confirmar. Haveria uma presença quase que cotidiana, tanto nos jornais como na televisão, de uma problemática que envolveria uma prática inacessível à imensa maioria da população. Inacessível porque, como eu supunha, inexistente na medicina pública, e mesmo na medicina de grupo (dos seguros e planos de saúde) e “inacessível” em função de seu baixo sucesso, o que a torna, mesmo quando existente, inacessível.

Novas Possibilidades na Reprodução Humana: Uma Revolução a Ser Assimilada²

Em 1984 anunciava-se o nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro, ocorrido seis anos depois de nascido o primeiro bebê por fertilização *in-vitro* no mundo (na Inglaterra). Este fato foi saudado como uma espécie de entrada definitiva do Brasil nessa modernidade que representa a revolução tecnológica na biomedicina, considerada, nas duas últimas décadas, como capaz de realizar proezas em um tal nível em termos de artificialização dos processos biológicos, que chega a atingir o impensável, isto é, a possibilidade de produção da própria “vida”.

Naquela época, houve uma intensa polêmica sobre a veracidade de sua ocorrência no país, assim como sobre a quem atribuir a autoria científica de

² No estudo que originou este artigo (Corrêa, 1997), outros aspectos da medicalização da ausência involuntária de filhos foram objeto de análise, e a eles foi conferida importância semelhante à da mídia. O destaque deste problema específico aqui, não corresponde à exclusividade nem a uma preponderância desse tema no trabalho citado.

nosso primeiro bebê de proveta (Reis, 1985). Existiam, então (início da década de 80), diversas equipes médicas sinalizando tentativas de fertilização *in-vitro* em artigos publicados em revistas médicas nacionais, sempre louvando a eficiência e a facilidade no manejo dessas técnicas.

Mas, além da comunicação desses fatos no âmbito das instâncias tradicionais de consagração da prática científica, por iniciativa de um médico brasileiro, pioneiro neste campo, uma rede de televisão brasileira financiou, em 1984, a vinda de especialistas australianos ao Brasil, com um duplo objetivo: dar formação a um pequeno grupo de médicos brasileiros na nova especialidade, e transmitir, ao vivo, os procedimentos técnicos envolvidos na fertilização *in-vitro*, que poderiam resultar no nascimento de nosso primeiro bebê de proveta, e cujos direitos, nesse caso, seriam adquiridos por aquela empresa (Reis, 1985; Corea, 1987).

De forma análoga, a “história” do primeiro bebê de proveta do mundo, foi vendido por seus pais científicos, um médico e um embriologista ingleses, a um cotidiano, *London Daily News*, que adquiriu os direitos de exploração dessa “notícia”, antes de ela ter sido publicada em periódicos especializados, configurando, portanto, uma mistura e mesmo uma inversão, nessa área, das relações entre o campos científico e o da mídia.

Uma análise de novos arranjos que possam estar sendo construídos entre esses campos não terá lugar aqui, ficando, apenas, a indicação desse fenômeno em torno da reprodução assistida, que deverá vir a ser discutido num desdobramento do presente trabalho. Para o momento, vou me deter na exposição e comentário de material divulgado na mídia, o que subsidiará aquela próxima discussão.

É notável a atualidade do material difundido na imprensa nacional sobre a reprodução assistida, tanto no que diz respeito à descrição da evolução das técnicas, como à apresentação do debate ético que as envolve. Igualmente notável é o tom sensacionalista de que se reveste a apresentação desse material e, ao mesmo tempo, a simplicidade que é atribuída à aplicação das novas tecnologias. A reprodução assistida é apresentada como um fenômeno extraordinário, um grande avanço que romperia, não apenas com as atuais formas de prática médica, mas também com o conhecimento acumulado pela medicina nesse campo da sexualidade e da reprodução humanas, já altamente medicalizado. Contribuí para isso a posição limítrofe, já comentada, que as tecnologias reprodutivas ocupam em relação às novas especialidades do campo biomédico — medicina preditiva, pesquisa do genoma humano, pesquisas de terapias gênicas e de outras formas de intervenção

genética sobre o embrião, a hibridização entre espécies, a clonagem etc., o que confere a essas técnicas um caráter de extrema “modernidade” e suscita uma possível atitude de fascínio em torno delas.

Por outro lado, essas técnicas são apresentadas esquematicamente, de modo a fazê-las parecer simples, numa forma de falar da reprodução assistida que a torna facilmente absorvida por qualquer um, e termina por reforçar uma propaganda indiscriminada dos êxitos da ciência nessa área. Breve, constrói-se essa tecnologia como acessível, eficaz, inofensiva, como capaz de suprir as “deficiências” da natureza, reforçando a valorização dos laços genéticos na procriação, enfim, como capaz de resolver os problemas das pessoas com dificuldade de procriar, além de propor outras novidades, em tese, por ela possibilitadas, tais como a escolha do sexo de bebês etc.

A referência à prática e experiência estrangeiras serve de parâmetro aos avanços da medicina brasileira. Além disto, em quase todas as matérias jornalísticas aqui consideradas é citado o nome do especialista estrangeiro, alvo principal da notícia, assim como o de seus colegas brasileiros que praticam as mesmas técnicas — “fazem como eles” — e a localização de suas clínicas.

A mídia eletrônica, particularmente a televisão, também tem se ocupado deste assunto com frequência, através de emissões de entrevistas e de debates com especialistas da área. Ocorreu até mesmo a produção de novelas inteiramente dedicadas ao tema, em um momento em que praticamente se iniciavam as atividades da reprodução assistida no Brasil (Reis, 1985; Silva, 1991). A apresentação e discussão desse material exigiria metodologia específica para sua reconstituição (utilização de vídeo etc.), o que me obriga a me restringir, aqui, a assinalar a presença, cada vez mais freqüente, desta temática naquele veículo de comunicação, o que sem dúvida atinge um público muito maior do que o coberto pela imprensa.

Se a publicidade conferida ao nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro atingiu um público mais limitado e restrito às principais cidades do país, o mesmo não se pode dizer da novela difundida no fim dos anos 80, intitulada “Barriga de Aluguel”. A emissão diária, em âmbito nacional e em horário de grande audiência, de uma novela sobre a técnica mais polêmica no campo da reprodução assistida — o aluguel (empréstimo, doação temporária) de útero —, foi, sem dúvida, o fator midiático mais importante na popularização do tema no Brasil. Popularização não em termos do conhecimento ou de acesso às novas tecnologias reprodutivas, mas da temática em

si, que tendo invadido definitivamente a imprensa e a mídia, atingiu o imaginário da reprodução humana.

No período abrangido por minha pesquisa, entre os anos de 1992 a 1994, já havia ocorrido uma estabilização na difusão dessas práticas entre nós.³ Ainda que eivada de aspectos polêmicos e contradições, a reprodução assistida já tinha chegado para ficar, isto é, esteve sempre presente na mídia e na prática médica em suas múltiplas e variadas formas: bebês de proveta, inseminação com doador, trocas de material reprodutivo humano e suas conseqüências tais como pais anônimos, mãe genética *versus* mãe uterina ou mães de aluguel etc.

Mais do que a apresentação de cada técnica como um fato novo, como na década anterior caracterizada por uma rala densidade de casos, pode-se dizer que o período posterior a 1990 traz uma “segunda geração” de problemas, marcados pelo predomínio da discussão dita *bioética*. Isto se deve em parte à associação da reprodução assistida à pesquisa com embriões, à genética e à biotecnologia de um modo geral. Deve-se também aos próprios avanços das técnicas e à difusão de seu uso, que foram cercados pela proliferação de instâncias bioéticas, espaços nos quais os problemas da reprodução assistida deveriam ser “pensados”. Cabe mencionar também, a produção, cada vez mais importante, de uma crítica — de cunho sociológico, feminista etc., que faz frente ao debate ético “oficial” profissionalizado, mas que se confunde com ele no que diz respeito à consolidação da divulgação da reprodução assistida em “termos bioéticos” — nesse acompanhamento dos fatos novos e polêmicos, empreendido pela mídia.

Os títulos e o texto de algumas matérias ilustram, a seguir, as características da divulgação pela imprensa nacional.⁴

³ Os jornais cobertos por essa pesquisa foram dois cotidianos da cidade do Rio de Janeiro, *Jornal do Brasil* e *O Globo*, e um de São Paulo, *Folha de São Paulo*; e duas revistas nacionais, *Veja* e *IstoÉ*. Todos podem ser considerados equivalentes e bastante homogêneos quanto à forma e à frequência de divulgação do assunto em discussão, bem como ao público ao qual se destinam, um público de classe média e alta. Distinguem-se ainda por terem uma seção semanal dedicada à saúde e, no caso dos jornais, além disto, de uma seção sobre “ciência”, onde o tema da reprodução assistida é abordado.

⁴ Cabe assinalar que na seleção das matérias utilizadas neste texto, foram retidas principalmente, mas não exclusivamente, as reportagens mais extensas, que fazem uma espécie de “revisão” sobre os temas que se propõem abordar. Como esclarecimento, assinalamos, também, que o título das matérias estão grafados em itálico; tudo o que está entre aspas é citação textual das matérias.

Sensação e Limites: A Divulgação da Reprodução Assistida Após 1990 no Brasil

Você Decide é a reportagem que anuncia: “obstetras trazem para o país método de escolher o sexo de bebês”. Trata-se da divulgação de um novo “teste estrangeiro”, que permite a manipulação de espermatozóides com vistas à separação dos espermatozóides X dos Y, o que possibilitaria a determinação do sexo do bebê (*IstoÉ*, 27/5/1992). Segundo a reportagem, este teste já estaria sendo utilizado há oito meses nos Estados Unidos e no Canadá e em dois meses estaria disponível no mercado brasileiro. Os procedimentos de manipulação dos espermatozóides são demonstrados através de diagramas bastante simplificados, acompanhados de textos também bastante simples, do tipo: “pega-se o sêmen, separa-se o X do Y, e o sêmen está pronto para gerar um menino”, o que exemplifica o efeito de banalização comentado.

Pequenos Eleitos (Veja, 27/1/1993) é outra matéria sobre o mesmo assunto, abordando as implicações ético-sociais envolvidas na escolha do sexo do bebê, tais como o reforço da discriminação sexual em nome de um possível planejamento familiar. Bem mais extensa do que a reportagem anteriormente citada, refere-se à seleção sexual como algo perfeitamente incorporado à rotina dos consultórios brasileiros de ginecologia. Lembra que a presença da imagem do bebê nos exames de ultrassom, uma novidade que permitia conhecer seu sexo, havia suscitado, na época de seu aparecimento, enorme polêmica entre aqueles que desejavam e os que não desejavam saber antecipadamente o sexo de seus filhos, ou ainda entre os que achavam essa prática adequada, correta ou condenável. Com as tecnologias reprodutivas atuais se estaria dando “um passo muito maior”: não só seria possível conhecer, mas também escolher o sexo do futuro bebê. A seleção sexual era saudada também como “mais uma aliada do planejamento familiar”, como uma intervenção médica que constitui fator de racionalização social.

A seleção sexual dirigir-se-ia a dois tipos de clientela: uma que buscaria as clínicas de reprodução assistida para ter um filho e descobriria que é possível “fazer as duas coisas de uma só vez: ter um bebê de proveta e determinar o sexo da criança”; e a outra, a princípio sem problemas reprodutivos, buscaria apenas assegurar o nascimento de um varão. Ou seja, expondo-se óvulos e espermatozóides no laboratório, fora do corpo da mulher, tem-se a oportunidade de manipulá-los visando à escolha de um deter-

minado espermatozóide (x ou y), caso se queira uma menina ou um menino. Circularmente, esse procedimento transforma toda nova concepção e toda nova gravidez num processo medicalizado de fertilização *in-vitro* visando a uma nova forma de medicalização: a seleção sexual.

A própria reportagem reconhece que essa “prática polêmica” não é aceita por parte da comunidade científica.⁵ Para o presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, essa técnica seria “antiética e antiecológica”, embora o médico autor do primeiro bebê de proveta brasileiro afirmasse, já em 1992: “das mais de 30 clínicas que hoje praticam a técnica [de fertilização *in-vitro*] no Brasil, quase todas fazem a pré-seleção sexual, apesar de negarem; na minha clínica essa prática existe desde 1980”.⁶

O combate à prática de seleção do sexo da futura criança, fora dos meios médicos, encontra adversários entre os que temem a possibilidade de um aumento da discriminação dos indivíduos com base no seu sexo, e principalmente que “a escolha de sexo seja apenas o primeiro passo para moldar uma super raça nos laboratórios”. A seleção sexual traz de volta a discussão em torno do determinismo biológico dos papéis de gênero, ou seja, dos comportamentos socialmente esperados de homens e mulheres, mas desta vez apoiada em “novíssimas” formas de investigação: “pesquisas recentes nos Estados Unidos e Canadá” indicariam aptidões diferenciadas entre os sexos, chegando à conclusão, após ensaios modelados matematicamente, que a escolha entre “um agitado garotinho ou uma doce menininha vai ter de ser buscada no microscópio, e não nos livros de psicologia” (*Veja*, 27/1/1993: 53).

Em 1993, reportagens anunciam casos de mulheres cada vez mais idosas que dão à luz, como uma israelense de 60 anos de idade, que após 20 anos de tratamentos para infertilidade, conseguiu ficar grávida (*Jornal do Brasil*, 2/1994). O médico justifica o fato de ter inseminado e mantido artificialmente toda a gravidez; dizendo: “ela me pareceu ter mais de 48 anos mas não cheguei a pedir seus documentos porque demonstrava se sentir muito jovem. Se tivesse sabido sua idade verdadeira teria desistido de submetê-la a um tratamento de fertilidade”. Não obstante esta ressalva, e certamente estimu-

⁵ Uma única exceção é reconhecida por aqueles que são contrários à aplicação dessas técnicas, quando se trata de aplicar a seleção sexual com a finalidade de identificar doenças hereditárias ligadas aos cromossomas sexuais.

⁶ A última afirmação é surpreendente, pois esse médico estaria se referindo a pesquisas de determinação laboratorial do sexo em tentativas de fertilização *in-vitro*, antes mesmo que a Fiv tivesse produzido um primeiro bebê de proveta no Brasil.

lado pelo sucesso midiático de seu empreendimento, considera sua proeza um recorde: produzir um nascimento em uma mulher de 60 anos, ultrapassando seu colega italiano que tinha conseguido produzir um filho em uma mulher de 59 anos. Três meses antes, este último médico anunciara o início da gravidez de uma mulher italiana de 61 anos de idade, o que prometia vir a ser, caso viesse a ocorrer o nascimento, um novo recorde nesta disputa (*Jornal do Brasil*, 29/12/1993).

A defesa contra as críticas à prática de inseminar mulheres menopausadas segue uma estratégia de ataque: “eles criticam a fertilização de mulheres de idade e se esquecem de que gestantes de todos os países da Europa viajaram para a Inglaterra durante décadas para fazer abortos. Atualmente, grávidas de 6 meses podem abortar nesse país e isto é abominável. Não trabalho para destruir crianças e sim para gerá-las”, afirma o médico (*idem*).⁷

Na Inglaterra, a procriação na menopausa é condenada com base em argumentos bioéticos, pela instância de controle da reprodução assistida, o que contraria a posição de alguns médicos e biólogos. Mais sutis e de forma mais atraente à clientela potencialmente envolvida, os especialistas ingleses argumentam, diferentemente do médico italiano, que se não existem restrições e limites de idade para o homem procriar, por que elas deveriam existir para as mulheres?

Mulher Negra Dá à Luz Criança de Raça Branca anuncia outro caso ocorrido na Itália (*Jornal do Brasil*, 31/12/1993), no qual a mulher solicitou, para se reproduzir, receber o óvulo de uma amiga branca. O médico que aceitou “tratar” essa mulher, que não tinha problemas de infertilidade, justifica sua decisão transferindo o problema para a “sociedade racista” que estimularia tais desejos, concluindo que “talvez existam outras mulheres que queiram filhos brancos”.

Outras manchetes, igualmente sensacionais, marcam este período: “nos EUA, casal de mulheres homossexuais tiveram filho por inseminação artificial com sêmen de amigos gays” (*Folha de S. Paulo*, s/d). “Jovem inglesa que nunca manteve relações sexuais submete-se a técnicas de reprodução artificial a fim de conceber criança”. “Mulher sul-africana empresta seu útero à sua filha tornando-se a primeira mãe-avó” (*Veja*, 3/11/1993: 93).

⁷ Nessa reportagem nada é dito sobre o que pode significar para uma mulher ser mãe aos 59, 60, 61 anos ou sobre as conseqüências de tal gravidez para sua saúde; ou sobre como, nessa idade, enfrentar problemas tais como prover os cuidados requeridos por um recém-nascido e a futura educação dessa criança. Ao que parece, só interessa a realização “biológica” de mais essa novidade: a procriação na menopausa.

Ou casos esdrúxulos como o de embriões órfãos, herdeiros de grande fortuna, cujos pais, milionários de origem chilena, teriam morrido em acidente aéreo em 1983, após terem deixado seus embriões depositados numa clínica na Austrália, constituindo, então, um problema do que fazer com aqueles ex-futuros herdeiros (*idem*: 93).

Para além do efeito “atrair a atenção do leitor”, a divulgação desses casos mostra como o desenvolvimento dessas técnicas ultrapassa, em muito, os objetivos inicialmente apresentados, de tratar medicamente casais inférteis, criando novos problemas, não somente de natureza ética como quanto ao próprio conteúdo de certas categorias médicas até então indiscutíveis, como tratamento, patologia, síndromes etc., que ficam ameaçadas de uma possível desestabilização.

“Para criar um embrião experimentalmente em laboratório e implantá-lo com sucesso em uma mulher, milhares de outros são formados, e não sendo usados, são congelados em local especial [...]. Se é aceitável criar um embrião e levá-lo ao útero feminino — como é rotina das clínicas de fertilidade — seria igualmente ético fazer experimentos com embriões que sobram, ou deve-se jogá-los fora?”

Diante do gravíssimo problema da produção de *embriões supranumerários*, ou *embriões excedentes* gerados durante as técnicas de reprodução assistida e que não podem ser transferidos para o corpo da mulher, por causa de seu número elevado, o jornalista exagera a ponto de dizer que “*para uma*” gravidez são gerados “*milhares*” de outros embriões, não concedendo espaço na matéria para o esclarecimento do problema sobre esses embriões que de fato sobram do procedimento de fertilização *in-vitro*, que são numerosos, mas que correspondem a um número duas ou três vezes superior ao número de embriões implantados a cada tentativa. Sem dúvida, são muitos, mas não *milhares*, a cada vez. Ele não se preocupa, além disso, em informar onde são armazenados os embriões, embora esse conhecimento esteja facilmente disponível. Esses embriões excedentes podem sofrer diferentes destinos, particularmente a pesquisa, sem que seja possível um controle estrito sobre eles — um problema gravíssimo da reprodução assistida, que deixa de ser focado e discutido adequadamente pela imprensa em função do apelo sensacionalista privilegiado pelo autor da matéria.

O sensacionalismo é ainda mais evidente quando o assunto é clonagem de células humanas como, por exemplo, na reportagem sobre um congresso

da Sociedade Americana de Fertilidade Humana, em 1993, no qual é anunciada, pela primeira vez, a clonagem de células de embriões humanos: “copiar um embrião é apenas uma das ousadias de que os cientistas são capazes quando brincam de Deus” (*idem*:92-95).

Dr. Frankenstein é o título dado à matéria por outra revista, na qual um dos dois cientistas envolvidos na experiência é apresentado como o “mais provável candidato a doutor Frankenstein do século XX” (*IstoÉ*, 3/11/1993:64-68).

Mas a possibilidade, do ponto de vista biológico, de duplicar células humanas, não é suficiente. A mídia traz à tona o problema de “quem” na nossa sociedade deve ou não, merece ou não, ser duplicado por clonagem, avançando algumas suposições: “uma centena de Lula? Duzentos Roberto Campos?”. “Hum, agora, levante a mão quem for contra uma encomenda de todas as cópias que for possível produzir de Sharon Stone e Michele Pfeiffer”. “O bebê-matriz poderia ser um cientista como Albert Einstein, uma atriz como Sharon Stone ou mesmo Adolf Hitler” (*idem*:64). Imaginam, ainda, gêmeos idênticos separados por 20 anos de idade, resultado da combinação de fertilização *in-vitro* e clonagem de embriões humanos (*Veja*, 3/11/1993:94).

Por outro lado, as mesmas reportagens mostram que técnicas de duplicação artificial de seres vivos já são utilizadas há muito tempo na reprodução animal e na agricultura, com vistas à obtenção de novos produtos industriais. Em 1990, o comércio de produtos biotecnologicamente desenvolvidos teria movimentado mais de US\$ 5 bilhões, com uma enorme discussão sobre a patente daqueles produtos. Não obstante essa polêmica e sem questionar os desdobramentos da aplicação desta tecnologia no homem, especulações espetaculares são imediatamente lançadas pela mídia em torno da clonagem:

“ela tornaria possível possível o comércio de embriões produzidos especialmente para um mercado ávido pela perfeição física e a inteligência: digamos que por hipótese, a atriz Kim Basinger se associe comercialmente a Arnold Shwarzenegger para a produção de embriões. A tecnologia permite que os fabriquem, multipliquem, congelem e ofereçam aos pais inférteis a chance de ter um filho forte e bonito” (*idem*).

Mais uma vez o Brasil também não ficaria atrás. Mesmo diante de lacunas técnicas e das possíveis oposições morais à sua prática, o médico brasileiro, pai científico do primeiro bebê de proveta brasileiro, não teve

dúvidas em declarar: “quero ser o primeiro a fazer uma clonagem no Brasil” (*idem*:93).

No bojo dessa divulgação, é noticiado um estudo simulado em computador, realizado por uma bióloga canadense, que verifica que as fêmeas que sofressem uma reprodução assexuada estariam em muito melhores condições, do ponto de vista evolutivo, de adaptação para a vida, do que as que sofrem a reprodução sexuada. Ou, em outras palavras, que “as mulheres estariam geneticamente mais propensas a terem uma descendência geneticamente mais saudável se não combinassem seus genes com os masculinos, como ocorre no processo de reprodução sexuada com fecundação” (*Jornal do Brasil*, 19/5/1994).

Mas, se a clonagem está longe de permitir a criação de um mercado de homens e mulheres belos e inteligentes, fortes e poderosos, como os jornais e revistas analisados sugerem, a técnica a ela associada — a fertilização *in-vitro* — desenvolve-se a passos largos no campo médico, contribuindo para fazer crescer com ela um promissor mercado de serviços médicos.

O caráter de extrema inovação acentuado na divulgação da reprodução assistida coexiste, entretanto, com a preocupação em aproximá-la, sob alguns aspectos, da reprodução humana “natural”, como se, em alguma medida, as novas tecnologias reprodutivas devessem, ao serem apresentadas, humanizadas ou normalizadas, no sentido de tornarem-se normais, revestidas de uma nova naturalidade. Assim, ao abordar a eficiência da produção de bebês em proveta, o jornalista compara: “cada tentativa de fertilizar um óvulo artificialmente tem 20% de chance de dar certo, a mesma probabilidade que uma mulher fértil tem de engravidar a cada ovulação se tiver vida sexual ativa e não usar nenhum método contraceptivo” (*Veja*, ed. 1272:52).⁸ Tudo se passa como se, apesar de facetas artificiais e hipertecnológicas de um procedimento médico estranho e poderoso serem fatores de peso no aprofundamento da medicalização da procriação, fosse necessário também, em sua difusão, não se afastar muito do que é tido como usual e costumeiro aos seres humanos comuns.

⁸ A comparação das taxas de “sucesso” entre reprodução natural x artificial é um ponto muito explorado pelos especialistas da reprodução assistida. Tentar-se-ia atingir uma taxa de sucesso com as novas tecnologias reprodutivas semelhante à da fecundidade natural. Que, por sua vez, vem sendo “estimada”, de forma pouco clara, em valores muito próximos aos da reprodução artificial, ou seja, nossa hipofertilidade natural, biológica, seria um fato importante a justificar, circularmente, a ampliação do emprego daquela tecnologia, mesmo num quadro de baixo sucesso.

O vaivém discursivo entre o anúncio pela imprensa, com tintas fantasiosas, de algo cientificamente espetacular (enfoque predominante) e uma descrição mais informativa e esclarecedora sobre o tema, que não deixa de focar os limites dessas tecnologias reprodutivas, reforça uma concepção maniqueísta da fertilização *in-vitro*, segundo a qual esta teria uma parte ruim (ou potencialmente ruim) e outra boa. No primeiro caso alinham-se: reprodução de homossexuais, seleção do sexo e de outras características físicas, clonagem, fertilização entre espécies, criação de quimeras, alteração do genoma das células reprodutivas sem critérios claros e controláveis; no segundo, a possibilidade, embora ainda problemática, de prevenir e curar doenças até então impensáveis, como aquelas de origem hereditária (mesmo com base em um conhecimento ainda altamente especulativo), e, sobretudo, para aqueles incapazes de procriar, a possibilidade de realizar sonhos e desejos antes frustrados.

A freqüente oscilação na linguagem e no enfoque da mídia em face das novas descobertas científicas na área biomédica — entre, de um lado, o tom banalizador que tende a desfigurar pela simplificação a informação correta e, de outro lado o tom sensacionalista que leva ao mesmo efeito, por um outro mecanismo, encobrindo os problemas com descrições fantasiosas e até divertidas — pode ter um efeito perverso, na medida em que suscita indagações problemáticas não respondidas e mantidas de forma muito mal formuladas. Na tentativa de criar polêmica, a imprensa passa de um tom quase jocoso, quando aborda a possibilidade de reprodução de objetos e pessoas com grande apelo sexual, à seriedade da opinião dos *experts*, reunidos em comitês de ética que começam a aparecer de forma cada vez mais freqüente. Essas características da abordagem pela imprensa nacional dos novos desenvolvimentos da biomedicina constituem uma tendência negativa, que não pode enfrentar, a não ser pela banalização e massificação, a difícil questão da abertura da ciência e das inquietações e interrogações que, de um modo geral, ela é capaz de provocar nas pessoas.

Em setembro de 1993, os bebês de profeta estão de volta sob o título *O Direito de Nascer*, matéria que não mais apresenta uma nova técnica, em particular, mas a legitimidade da utilização de técnicas, ou seja, o *debate ético*, que passa a predominar na divulgação da reprodução assistida (*IstoÉ*, 27/5/1992).⁹ O autor desse artigo reconhece “o trabalho de médicos e clí-

⁹ A reportagem é motivada pelo surgimento de uma Resolução Normativa do Conselho Federal de Medicina, em novembro de 1992, propondo preceitos éticos gerais sobre a reprodução assistida e que constitui a primeira tentativa de normatização dessa prática no Brasil.

nicas que ajudam a tornar possível, em laboratório, o sonho de casais que querem ter filhos mas são impedidos por problemas de infertilidade” e cita, em apoio, a declaração da mãe do primeiro bebê de proveta brasileiro que teria afirmado: “a ciência nos ajudou a realizar um sonho”. É contado ainda, o caso de uma empregada doméstica, casada e mãe de duas crianças, que “para tentar realizar o sonho de ser médica, escreveu para os jornais oferecendo US\$ 15.000 em troca do aluguel de seu útero para mulheres que não podem ter filhos” (*idem*:32-34). A reprodução assistida estaria, assim, oferecendo a realização de sonhos, de natureza muito diversa, mas todos tecnicamente passíveis de realização que, se contribuem para ampliar o mercado desses serviços médicos, também colocam problemas éticos ainda mal delineados.

Ética da Proveta — Europa decide frear avanços da reprodução artificial aborda as polêmicas em torno da utilização das técnicas de reprodução assistida em duas eventualidades: a fecundação artificial de mulheres de idade avançada e a extração de óvulos de fetos femininos abortados. Dois médicos brasileiros especialistas em reprodução, conhecidos freqüentadores da mídia nacional, opinam sobre a primeira eventualidade. Para um deles, 55 anos seria um limite razoável para a fertilização *in-vitro* em mulheres com “história familiar de longevidade”; para o outro, este limite deveria ser 45 anos “como regra geral” (*Veja*, 12/1/1994:39).

Na mesma semana, o problema do uso de tecidos e óvulos de fetos abortados veio à tona, em função de uma experiência realizada na Escócia. A nova matéria alerta: “os óvulos retirados de fetos femininos abortados resolveriam a crise de doadores de óvulos que os casais britânicos enfrentam, mas produziriam crianças cujas mães jamais existiram” (*Jornal do Brasil*, 5/1/1994). Essa notícia comunicava a proibição temporária, por motivos éticos, na Inglaterra, de mais uma técnica coadjuvante à fertilização *in-vitro*. Apesar de todos os veículos aqui analisados terem noticiado essa experiência com óvulos de fetos femininos abortados, apenas um relata que ela se deu em covaia, deixando entender que tal técnica estaria disponível também para uso em seres humanos.

Apenas um dia depois, é anunciado no mesmo jornal (*idem*, 6/1/1994): *Estados Unidos permitem o uso de tecido de feto*. Trata-se aqui da aprovação de outro caso de estudo experimental no qual é realizado transplante de tecido cerebral de feto abortado em portadores de Mal de Parkinson, doença degenerativa de incidência relativamente comum.

Essas matérias sucessivas em torno de um procedimento semelhante — a pesquisa sobre o uso em adultos de células e tecidos fetais — lançam perspectivas diferentes. Num caso é resgatado um imaginário altruísta, já que se trata de fetos que “se doariam” para o tratamento de doenças. Em outro caso, na reprodução assistida, o uso desses óvulos é condenado mesmo quando, segundo os especialistas, “responderia a uma penúria de óvulos na Inglaterra”.

A divulgação, pela imprensa brasileira, dia após dia, dessas pesquisas apresentadas de forma muito atualizada, na verdade não corresponde ao que acontece no país. Como regra, são as aplicações predominantemente clínicas que se difundem primeiro entre nós, ficando a pesquisa relegada a um segundo plano. Esta aparece quase sempre referida exclusivamente à prática estrangeira, como uma espécie de horizonte daquilo que pode vir a ser feito, ou como promessas do que pode vir a ser oferecido para solucionar o problema da ausência involuntária de filhos e para atender outras demandas criadas a partir dessa possibilidade, numa antecipação que pode influir no nível do consumo médico e no aprofundamento da medicalização da reprodução humana.

A polêmica ética em torno da prática reprodução assistida no exterior, notadamente nos EUA, França e Inglaterra também é acompanhada pela imprensa nacional. Critérios mais ou menos seletivos, restritivos ou liberais nos diferentes países, acabariam por promover uma espécie de turismo médico por parte de usuários em busca de solução para seus problemas individuais de infertilidade nos mercados de serviços médicos, mais ou menos abertos, do exterior.

Francês quer controle de todas as formas de gravidez artificial (Jornal do Brasil, 7/1/1994) apresenta os caminhos da discussão bioética na Europa, assinalando a aprovação, em 1994, de uma lei excepcionalmente detalhada na França, que ficou conhecida como Lei da Bioética.¹⁰ Segundo essa matéria “o pacote de leis já aprovado permite as práticas de implante de feto ou de inseminação, somente para resolver problemas de esterilidade ou evitar transmissão de doenças da mãe para a criança. Não podem ser usadas por mulheres sem parceiros, homossexuais ou mulheres na menopausa”, indicando uma tendência que se manifesta na Europa, ao menos oficialmente, de limitar o uso dessas técnicas a casos aparentemente mais fáceis de serem identificados como de “doença”.

¹⁰ O texto da lei francesa pode ser conferido, por exemplo em Pons (1996).

Mas, mesmo quando privilegia o debate ético, a divulgação da reprodução assistida não abre mão do sensacionalismo que este tema propicia, ou seja, combinações espetaculares de fatores por si já espetaculares estão mais uma vez presentes. “Mãe de aluguel aborta bebê com mongolismo na Inglaterra” (*Jornal do Brasil*, 8/3/1994) é uma matéria sobre um caso de pais que se utilizaram da barriga de aluguel, mas que desejavam abortar o feto ao tomarem conhecimento de que ele era portador de trissomia do cromossoma 21, causador da Síndrome de Down. A mulher em cuja barriga estava o feto, por sua vez, desejava prosseguir a gestação.

A resolução de casos como estes, assim como de inúmeros outros envolvendo o uso dessas tecnologias, e os dilemas e destinos de homens e mulheres, têm sido transferidos para os chamados comitês de ética ou de bioética, seguindo o caminho já pavimentado pelo *boom* da bioética na medicina. Para os desvios da reprodução assistida, produto de uma medicalização massiva e ultra invasiva sobre o processo reprodutivo humano, particularmente sobre o corpo da mulher, a solução proposta tem sido a convocação, mais uma vez, de especialistas ligados principalmente à medicina e às disciplinas medicamente coordenadas. Desde então, tem cabido a esses *experts* decidir sobre os limites da medicalização possível nessa área.

Correlativamente, nos meios de comunicação tudo se passa como se, objetivando tornar suas matérias mais atraentes e sensacionais, os jornais — que quando se trata da mera difusão das técnicas tendem a ressaltar os aspectos positivos de sua aplicação — ressaltam os aspectos negativos no caso dos limites éticos.

Um outro tema que surge como pano de fundo, na divulgação com enfoque ético das novas tecnologias de reprodução, é o da globalização. “Gestações na menopausa, réplicas de embriões em laboratório, fecundação de óvulos de fetos abortados, mulher negra concebendo filho branco — conquistas da medicina e da genética propagadas pelos quatro cantos do mundo” são questões que envolvem tanto “o Primeiro Mundo de onde emanam estas novidades, quanto o Terceiro, onde elas podem vir a ser aplicadas” (*idem*, 9/1/1994).

O debate sobre os possíveis riscos envolvendo o desenvolvimento desse tipo de tecnologia num mundo globalizado, deveria ser pautado por “um único conceito” que mobiliza biólogos, geneticistas, teólogos e filósofos: o de “bioética”. *Riscos de testes genéticos envolvem o terceiro mundo* é o título da reportagem na qual cientistas brasileiros, ligados à indústria biotecnológica nacional e à engenharia de produção, manifestam seus temo-

res: “é preciso evitar que a diversidade genética do Terceiro Mundo seja apropriada pelas multinacionais que nos revendem os produtos fabricados com nossos genes”, afirma um especialista que clama pela consolidação de um comitê ético em biotecnologia. Para outro, “não é difícil imaginar um cenário em que meninas de rua ou faveladas engravidem e abortem para exportar fetos”, denotando uma preocupação consoante com a posição tradicionalmente subalterna que o Brasil vem ocupando diante dos países de Primeiro Mundo, menos com relação à pesquisa, que é fraca ou inexistente entre nós, mas principalmente com relação à apropriação sem controle de material nacional pelos laboratórios estrangeiros.

É importante registrar que nesta reportagem, ao contrário de todas as outras citadas, os especialistas ouvidos pelos produtores da matéria não são ligados à prática clínica da medicina, mais próximos da prática estrangeira no campo da reprodução assistida, mas sim à pesquisa biotecnológica ou ligados à indústria. Comparada à expansão dos serviços médicos na área da tecnologia reprodutiva, a pesquisa tecnológica nacional neste campo da reprodução humana é bastante atrofiada, tornando aqueles cientistas mais dependentes de tecnologia e recursos, e talvez por isso, mais sensíveis e mais críticos à invasão do exterior.¹¹

Com a difusão da moderna medicina preditiva e da medicina fetal no Brasil, um projeto que propõe a regulamentação do aborto “nos casos em que o feto não tem chance de vida” foi objeto de longa discussão na imprensa, sendo citados como exemplos numa das reportagens sobre o assunto, os casos de bebês sem cérebros ou sem outros órgãos que nasceriam mortos ou que viriam a morrer logo após o parto, casos diagnosticados pelas técnicas daquela especialidade (*Jornal do Brasil*, 9/5/1996; *IstoÉ*, 5/4/1995). Assim, o aborto, um assunto que merece forte atenção de diversos setores da medicina e da sociedade brasileiras, poderia vir a ser assegurado naqueles casos cujos diagnósticos ‘garantissem’ que o feto não viria a sobreviver. Em função do caráter polêmico do tema, a matéria inclui declarações e pareceres de diversos especialistas em genética, medicina fetal e reprodução. O problema, para esses especialistas, consistiria na inadequação entre as últimas capacidades diagnósticas adquiridas pela sofisticação dessa me-

¹¹ Não foi possível observar com clareza se existe, e como se manifesta, no Brasil, o conflito entre agentes ligados à pesquisa e equipes médicas prestadoras de serviços de base tecnológica avançada, que em outros países se manifesta pela disputa por fundos para a pesquisa, e pelo “lançamento” de técnicas que concorrem no mercado da reprodução assistida. Conferir, por exemplo, a este respeito, Stanworth (1987:10-35).

dicina e a lei, que impediria sua aplicação dificultando o exercício da “boa medicina”.¹²

A discussão do tema envolveu teólogos da Igreja Católica e da Assembléia de Deus trazendo à tona a questão da vida na moral religiosa (se ela está no cérebro, na consciência etc.) e trouxe a público declarações de parlamentares, e mesmo de mulheres que passaram pelo drama de saberem-se portadoras de fetos condenados. *Todos* deixam de mencionar o fenômeno do aborto provocado clandestinamente no Brasil, bem mais antigo do que aqueles “provocados” pelos atuais métodos diagnósticos — únicos a merecerem consideração no atual debate sobre descriminalização do aborto — e, do ponto de vista da saúde pública, de conseqüências muito mais graves para o país. Sem dúvida, tecnologias limpas, de visualização mediatizada por telas de computadores, contrastam fortemente com o aborto provocado voluntariamente, às vezes em condições de carnificina, como infelizmente ainda ocorre no Brasil.

Dentro do maior espaço concedido à divulgação das práticas realizadas no país, na comemoração nacional do Dia dos Pais, em 1994, é realizada uma grande reportagem: *Doador de sêmen faz dia dos pais imaginários* (*Folha de São Paulo*, 14/8/1994:4.1-4.5). Nela constata-se que o primeiro banco de sêmen brasileiro surgiu em 1975, sendo que quase contemporâneo à criação da rede de bancos de sêmen franceses ocorrida em 1973. Afirma-se, embora sem citar fontes, que existiriam cerca de 2 mil pais anônimos no Brasil — os doadores de sêmen — um dos quais teria dito: “fico feliz com o abraço imaginário dessas crianças”.

Os problemas levantados em torno do anonimato do doador de sêmen são praticamente os mesmos encontrados na literatura especializada: o direito de saber sobre as próprias origens, o direito à herança e ao nome do pai. Naquela matéria, a discussão caminha entre formalismos do Direito e transcrições emocionadas de pessoas que passaram por essa prática. “É preciso exonerar as pessoas envolvidas [na doação] das responsabilidades dos laços de parentesco”, afirma uma das juristas que trabalhavam na reforma do Código Penal brasileiro. Para isto, o Conselho Federal de Medicina estaria exigindo o consentimento esclarecido de homens cujas parceiras são submetidas a inseminação artificial. Essa e outra jurista afirmam também que “a

¹² Os exemplos traem seus autores: entre a anencefalia que se “resolve” por si só isto é, pela morte natural do recém-nascido, e o mongolismo que possibilita uma sobrevida, existe uma diferença enorme. O que não significa que, de fato, ter filhos mongolóides, sobretudo em sociedades altamente excludentes como a que vivemos, é altamente problemático.

comissão tem procurado deixar aberto o caminho para o avanço da ciência. A tendência é criminalizar apenas aquilo que parece ser absolutamente antiético como a clonagem, a comercialização do útero, as práticas de inseminação sem consentimento da mulher, a exemplo de sua condenação em outros países” (*ibidem*).

É apresentada a perspectiva dos indivíduos envolvidos, nas quais transparecem sentimentos tais como: ciúme, segredo, mágoa, depressão e agressividade diante da esterilidade reconhecida do homem e da possibilidade de uma inseminação com doador. São relatados casos como o de uma mulher que só no sétimo mês de gravidez ficou sabendo que havia sido inseminada. O médico combinara com seu marido que ela receberia sêmen de um doador, sem seu conhecimento prévio. Apesar disso, ela acha que a filha assim gerada “tem os traços e o jeito” do casal. Ou, ainda, o caso de um homem que veio a ficar infértil em função do tratamento que sofreu contra leucemia, para o qual o “fato de poder contar com um banco de sêmen foi uma felicidade”. Mesmo após nove tentativas de inseminação artificial de sua mulher, durante dezoito meses, com gastos médios de R\$ 2.500 por mês, ele continua insistindo nesta solução. Ele diz ter pensado, antes da sétima tentativa, em adotar uma criança, o que acabou não fazendo. Sua ambivalência não acaba aí. Segundo relata na reportagem, tinha momentos de depressão e outros de alegria ao olhar a barriga da mulher: “é duro você olhar uma barriga, saber que é um filho tão esperado e imaginar que o sêmen não é seu”.

Tanto este como outro homem na mesma situação, não haviam decidido se contariam ou não aos filhos sobre suas origens. Num terceiro caso citado, é relatada a “mágoa” que um casal sentia dos amigos que cobravam a demora da vinda do primeiro filho, e o comentário da mulher de como o marido reagiu quando ela conseguiu engravidar após várias tentativas de inseminação: “meu marido nunca demonstrou ciúmes por isso”, sugerindo que a não participação direta do marido pudesse ser equivalente a uma traição ou adultério.

Outros padrões estabelecidos são reforçados, como mostra, na mesma reportagem, a descrição de um freqüente doador de sêmen de uma clínica paulista, no que se configura uma verdadeira propaganda de um modelo: “ele tem os cabelos claros, olhos que tendem para o verde, 72 quilos, 1,79 cm de altura”. Esse homem faz doações a cada seis meses, e sabe ter nove resultados positivos — filhos anônimos — o que faz dele um tipo “bom reprodutor” e lhe permite receber R\$ 200 por mês, limite máximo da “ajuda de custos para doadores” que, segundo um dos especialistas ouvidos, varia de R\$ 20 a 200. Sobre a forma de remuneração, um outro especialista

afirma ter adotado em sua clínica a “prática francesa”, que consistiria no fato de “casais [clientes] trazerem outros casais para doar espermatozoides e óvulos”. Como é sugerido no texto, a doação de sêmen pode ser fonte de renda para brasileiros no exterior, particularmente nos Estados Unidos, pela forma lucrativa como ela está organizada naquele país.

Embora tenha sido dito que existiriam naquela época 45 clínicas de fertilidade espalhadas em todo o país, as clínicas e médicos citados e ouvidos, todos da cidade de São Paulo, são apenas *os mesmos* três ou quatro especialistas mencionados em quase todas as matérias sobre reprodução que apareceram nos jornais e revistas que estudamos, no período de 1992 a 1994.

Em 1992, foi estabelecida uma técnica variante da fertilização *in-vitro*, uma microtécnica, que consiste na injeção de uma célula reprodutiva masculina diretamente no interior do óvulo, e que ficou conhecida como Icsi (*intracytoplasmic sperm injection*). Dirigida principalmente aos casos de esterilidade masculina, no quais o sêmen não tem capacidade fecundante, essa técnica poderia levar a inseminação artificial com doador e os bancos de sêmen ao desaparecimento, fazendo, como enfatiza a reportagem da *Folha de São Paulo*, “do pai-doador de sêmen uma espécie em extinção, uma ave-rara” (*ibidem*).

A introdução dessa técnica no país, em 1994, constituiria, assim, um exemplo da “modernidade” que caracteriza a difusão da reprodução assistida no Brasil, a rapidez com que a tecnologia nessa área é importada e trazida ao conhecimento público através da mídia. Um especialista paulista, dos mais citados nas grandes reportagens da imprensa nacional sobre a reprodução assistida, tido como pioneiro na introdução dessa técnica no país, afirma em matéria assinada: “hoje, paradoxalmente, é estatisticamente mais viável conceber uma criança em laboratório do que no organismo humano”. Segundo ele, é possível obter taxas de gravidez quatro a cinco vezes maiores que a natureza através das técnicas de reprodução assistida, não sendo, pois, “imprudente nem exageradamente otimista afirmar que já existe uma solução para praticamente todos os casais infértéis”.¹³ Declarando-se católico praticante, justifica a conveniência ética e moral da reprodução assistida,

¹³ Nem as estimativas mais otimistas e as equipes mais experientes do mundo falam em taxas de sucesso tão altas (em torno de 50%), como as apresentadas pelo especialista brasileiro. As formas mais otimistas de calcular e apresentar as técnicas de fertilização *in-vitro* situam seu sucesso perto dos 15%, sendo a *Icsi* menos eficaz que os outros métodos de fertilização *in-vitro*. Nunca encontrei, tampouco, uma estimativa tão baixa sobre a fertilidade humana natural ou não provocada: menos de 15%, como a indicada pelo autor.

inclusive da clonagem de embriões, como sendo “tudo uma questão do bom uso que se faz da técnica. A ciência a serviço de uma boa causa é o que mais se aproxima da idéia materialista de divindade. Para nós, porém, a presença de Deus, com seus altos desígnios, é o que permanentemente guia as mãos dos cientistas que buscam dominar o instigante fenômeno da concepção” (Abdelmassih, 1994).

Apesar dessas afirmações, a *Icsi* é a única das técnicas do conjunto da reprodução assistida que vem sendo enfocada, no meio científico especializado, como *experimental*, e olhada com reservas, mesmo no modelo mais liberal de aplicação das novas tecnologias reprodutivas, aquele vigente nos Estados Unidos, segundo o Ethics Committee of the American Fertility Society (1994). A matéria desse médico resume bem não somente o modo e a rapidez com que as novas tecnologias médicas chegam ao país e se tornam de domínio público, mas também o espaço que alguns especialistas dessa área vêm obtendo na imprensa, as relações, se não de convivência, de estrita colaboração que jornalistas e médicos, na busca de “produzir notícias” e de ampliar seus espaços, sua clientela e os limites de seus mercados, acabam estabelecendo.

Assim, pelo que foi apresentado, é questionável a forma quase unívoca como a imprensa nacional aborda o tema da reprodução assistida, ao que tudo indica, sem um verdadeiro trabalho jornalístico de pesquisa para checar a confiabilidade dos resultados veiculados, a real eficiência dessas técnicas, as formas como elas vêm (ou não) sendo reavaliadas dentro do próprio campo científico, enfim, ressentido-se da divulgação de um trabalho crítico quanto à criação e instalação desse mercado de cuidados médicos no Brasil, agravado pela fraca ocorrência de registros oficiais sobre a reprodução assistida. Mesmo quando atua de forma mais crítica, como vem acontecendo com maior frequência nos últimos dois anos, a imprensa e a mídia em geral constituem hoje um aspecto importante, talvez mesmo uma peça-chave no processo de medicalização desses aspectos da reprodução humana, ainda que a difusão de seu uso permaneça limitado a alguns grupos de nossa sociedade, pelos motivos indicados no início desse artigo.¹⁴

¹⁴ Embora nosso estudo se limite aos anos de 1992-1994, continuo acompanhando o tratamento dado pela mídia às novas tecnologias reprodutivas a partir desse período. Mesmo tendo se tornado aparentemente um pouco mais crítica e cuidadosa, mencionando alguns riscos e limites observados na aplicação dessas técnicas, o modelo de divulgação da reprodução assistida no Brasil mantém as mesmas linhas gerais aqui descritas. Apenas aspectos parciais dos riscos são mencionados e de forma bastante superficial. Além disso, nunca constituem a principal motivação das reportagens, ocupando pouco espaço em matérias longas que continuam anunciando as maravilhas da ciência e seus autores.

À Guisa de Conclusão

Uma primeira oportunidade para avaliar o impacto social da difusão das novas tecnologias reprodutivas em nosso país, foi oferecida por recente pesquisa nacional, realizada em caráter exploratório em Santos e Jacobina, sobre o comportamento sexual e a percepção sobre o HIV/AIDS pela população brasileira, na qual constavam algumas questões relativas às novas tecnologias reprodutivas (Ministério da Saúde/Cebrap, 1997).¹⁵

Seus resultados indicam uma importante penetração dos meios de comunicação de massa em nosso país, sobretudo dos meios áudiovisuais,¹⁶ que aliados à ampla cobertura que, como vimos, a mídia vem dispensando ao tema das novas tecnologias reprodutivas, resulta num conhecimento das principais técnicas que compõem a reprodução assistida, o que pode ser bem ilustrado pela preferência da terminologia empregada. De fato, as novas tecnologias reprodutivas são bastante conhecidas do universo de entrevistados: mais de 80% das pessoas declararam saber o que significa *inseminação artificial*, *fertilização in-vitro*, *bebês de proveta*, *barriga de aluguel* — categorias utilizadas no instrumento daquele inquérito — sendo esta última forma, *barriga de aluguel*, o termo mais conhecido e utilizado, nos dois municípios (95% de todos os entrevistados o citou), para identificar as técnicas de reprodução assistida, aludindo à novela de mesmo nome, apresentada e rerepresentada na TV brasileira, como já comentado.

Esse “conhecimento” é surpreendente se pensarmos na quase total ausência de serviços médicos públicos de reprodução assistida no Brasil, sobretudo nas cidades estudadas, e mesmo de serviços privados deste tipo, em Jacobina. Além do papel da mídia — sem dúvida o mais decisivo nesse caso — parece contribuir para esse interesse da população pela reprodução assistida, a importância que o próprio tema da “cura” da infertilidade possui em nosso país, mobilizando valores ligados à reprodução, à paternidade e à maternidade, que sensibilizam particularmente os indivíduos. O caso das

¹⁵ Agradeço à Profa. Elza Berquó, coordenadora científica da pesquisa, na qual trabalhei como assistente, a autorização para utilizar aqui esses resultados preliminares.

¹⁶ Embora a maior parte das pessoas entrevistadas tenha só instrução primária - 54% em Santos e 73% em Jacobina, sendo que 42% possuem primeiro grau incompleto e 12%, completo, na primeira cidade e 55% e 18%, na segunda, respectivamente -, um número significativo dentre elas lê jornais diariamente ou quase todos os dias (42% em Santos e 19% em Jacobina), ou ao menos uma vez por semana (22% e 24%, respectivamente). A maior parte da população ouve rádio diariamente (54% em Santos e 55% em Jacobina), e praticamente todo mundo, assiste TV, com igual índice (98% em Santos e 94% em Jacobina).

novas tecnologias reprodutivas parece ter esta particularidade, segundo a qual os tratamentos propostos gozam de uma enorme relevância, sendo um fator capaz de se antecipar a todos os outros na construção dos problemas aos quais se dirigem.

Dentre os indivíduos que responderam positivamente à questão: “você já quis ter filho e não conseguiu”, 86,8% em Santos e 75,3% em Jacobina disseram ter procurado um médico para tentar resolver seu problema, o que mostra também a consolidação, cada vez mais importante, da representação de que a dificuldade de ter filhos deve ser encaminhada à medicina.

Considerada uma inovação bem-vinda e capaz de trazer felicidade para muitas pessoas que sofrem com os problemas de infertilidade, ainda assim a difusão indiscriminada da reprodução assistida não se justifica, tendo em vista serem esses tratamentos ainda limitados, caros, de utilização duvidosa em casos mal definidos. Por seus resultados atuais e pelas análises já realizadas neste campo, a difusão de uma tecnologia pesada como esta é, no mínimo, precipitada: para os mais céticos a reprodução assistida teria um sucesso na produção de bebês de menos de 5% das tentativas (Marcus-Steiff, 1990; OMS, 1992), e para os mais entusiastas, não passaria de 15% (Fivnat, 1993), taxas que não se alteraram ao longo dos últimos anos e que negam, de forma bastante objetiva, o acesso fácil ao embrião ou ao sonhado bebê que a fecundação in-vitro seria capaz de promover.

A popularização dos bebês de proveta e da barriga de aluguel no Brasil não pode ser entendida como equivalente ao acesso a serviços de reprodução assistida, mas como popularização das polêmicas e dos efeitos imaginários produzidos pelo emprego daquelas técnicas através de sua ampla divulgação. Num quadro de carência de oferta de meios e serviços os mais primários, um dispositivo de cuidados médicos como a reprodução assistida não poderia ser encontrado senão no setor privado da medicina, reproduzindo em toda sua extensão o que tem sido a história do consumo e da exclusão do consumo nas sociedades contemporâneas.¹⁷ Num espaço midiático, a popularização da reprodução assistida representa, no momento, a exposição de homens e mulheres à temática dos bebês de proveta, congelamento de embriões, escolha do sexo dos filhos, enfim, a todo aquele repertório aqui comentado, e se não inclui no âmbito do consumo todos os “expostos” que poderiam vir a se interessar, consolida a constituição de um sentido e de uma

¹⁷ Por falta de espaço, muitos dados não puderam ser satisfatoriamente abordados nesse artigo, deixando lacunas na argumentação. Remeto ao trabalho original (Corrêa, 1997)

consciência da dificuldade de ter filhos como problema médico, e da busca de soluções para este problema medicamente constituído dentro da própria instituição médica, o que implica, senão o descarte, ao menos o desprestígio de alternativas como a adoção.¹⁸

Na expansão das novas tecnologias reprodutivas, é possível detectar todos os elementos daquilo que Bourdieu (1974) analisou na construção de um campo especializado de saber. Este se constitui na medida em que é capaz de funcionar como mercado específico, gerador de um tipo de raridade e de valor que não se reduz ao econômico, qual seja, a raridade e o valor propriamente culturais e simbólicos: no caso, os bebês sob demanda. Contam ainda, de forma central no processo de autonomização de um campo, a existência de um público de consumidores, um corpo de produtores ou agentes que buscam soluções eminentemente técnicas, como aquelas reservadas a profissionais altamente qualificados, e instâncias de consagração.

A ausência de filhos pôde ser transformada em categorias médicas — de infertilidade, hipofertilidade, esterilidade etc. — contando com determinados especialistas (médicos, biólogos, geneticistas, psicanalistas) que se tornaram os agentes competentes exclusivos para falar sobre como deve ser enfrentado aquele problema; processo que culminou com a autonomização da *reprodução assistida*, e sua relativa separação, no campo da medicina, da especialidade a que esteve originalmente ligada — a ginecologia-obstetrícia. Às instâncias tradicionais de consagração (científicas) somou-se o debate ético tecnicizado e profissionalizado (Memmi, 1989), reforçando as especificidades e alavancando interesses específicos desse novo campo. A bioética logrou alcançar, também, os meios de comunicação de massa que, juntamente com seu papel de divulgação, se anunciam e podem vir a constituir, contemporaneamente, outro modo privilegiado de consagração e legitimação dessas novas práticas, em nossa sociedade, o que resta, entretanto, por ser melhor averiguado.

¹⁸ O paradoxo de um contexto altamente medicalizado sem médicos nem medicina adequados às práticas de saúde desejáveis, atravessa o campo da reprodução humana no Brasil, sendo responsável por indicadores de saúde medíocres e dificuldades e danos às mulheres ligados, principalmente, ao consumo de fármacos hormonais auto-administrados, ao aborto clandestino mal assistido, de esterilização cirúrgica “voluntária”, a altos índices de partos cirúrgicos, de mortalidade materna e infantil, de doenças sexualmente transmissíveis, etc. (cf. a este respeito, Corrêa, 1997: 48-72, onde são citados inúmeros estudos em que os autores nacionais discutem essas questões).

Bibliografia

- BECKER, Gay. Metaphors in disrupted lives: infertility and cultural constructions of continuity. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 8, n. 4, p. 383-410, 1994.
- BECKER, Gay e NACHTIGALL, Robert D. Ambiguous relationship in the doctor-patient relationship: the case of infertility. *Social Sciences and Medicine*, v. 32, n. 8, p. 875-885, 1991.
- BECKER, Gay e NACHTIGALL, Robert D. Eager for medicalization: the social production of infertility as a disease. *Sociology of Health and Illness*, v. 14, n. 4, 1992
- BOURDIEU, Pierre. O mercado dos bens simbólicos. In: MICELI, S. (org.), *A economia das trocas simbólicas*. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1974.
- BOURG, Claudine. *L'infertilité - procréation médicalement assistée, adoption filiation: questions éthiques, psychologiques, juridiques et scientifiques*. Bruxelles: De Boek Université, 1992.
- BULL, Malcom. Secularization and medicalization. *British Journal of Sociology*, v. 41, n. 2, p. 245-261, 1990.
- COREA, Gena. *Le projet Manhattan de reproduction "Les Cahiers du Griff" - de la parenté à l'eugenisme*. Paris: Ed. Tierce Automne, 1987.
- CORRÊA, Marilena. Medicalização e individualismo: O caso da AIDS. Rio de Janeiro, dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1991.
- CORRÊA, Marilena. Childhood and social medicalization in modern societies. Trabalho apresentado à IUSSP General Conference, Session 2: Fertility and Child Survival, 24 de agosto a 1 de setembro, Montreal, 1993.
- CORRÊA, Marilena. Medicalização e a Construção da Sexualidade. In: LOYOLA (org), *AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 1994.
- CORRÊA, Marilena. The construction of sexuality among adolescents: a study of two different groups in the city of Rio de Janeiro. In: PFEFFER, G. e BEHERA, D. K. (orgs.), *Contemporary society, childhood and complex order*. New Delhi: 1996.
- CORRÊA, Marilena. A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre a reprodução assistida. Rio de Janeiro, tese de doutorado, Instituto de Medicina Social-UERJ, 1997.
- DEBRY, J M. *La fertilité contrariée - Les moyens de comprendre*. Paris: PUF, 1996.
- VV. AA. Em discussão a reprodução assistida. *Dignitas Salutis*, n. 7, out./ nov., 1992.

- ETHICS Committee of The American Fertility Society. Ethical considerations of assisted reproductive technologies. *Fertility and Sterility*, novembro, 1994.
- FIVNAT. Bilan, 1993 (présenté par A. BACHELOT, J. TESTART; P. RUGAT; H. LOGEROT-LEBRUN E J. DE MOUZON) *Contraception, fertilité, sexualité*, v. 22, n. 5, p. 278-281, maio, 1994.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979a.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1979b.
- HANEY, Arthur F. What is efficacious in fertility therapy? *Fertility and Sterility*, v. 48, n. 4, october, 1987.
- HEALY, D. L., TROUSON, A. O. e ANDERSEN, A. N. Female infertility. *The Lancet*, v. 343, june, 1994.
- HERZLICH, Claudine e ADAM, Philippe. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan Université, 1994.
- HIGGINS, R. W. Chronique d' une naissance suspendue. In: TESTART, J. (org.), *Le magasin des enfants*. Paris: Folio/Gallimard, 1990.
- SCUTT, J. (ed.) *Baby machine reproductive technology and the commercialisation of motherhood*. London: Green Press, 1990.
- KRITZMAN, L. D. (org.), *Michel Foucault politics, philosophy and culture - Interviews and other writings 1977 - 1984*. New York: Routledge, 1988.
- LABORIE, Françoise. D'une banalisation sans évaluation et de ce qui peut s'ensuivre. In: TESTART, J. (org.), *Le magasin des enfants*. Paris: Folio/Gallimard, 1990.
- LOYOLA, M. A. Sexualidade e reprodução. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2 n. 1, 1992.
- MARCUS-STEIFF, Joachim. Les taux de succès de la FIV: fausses transparences et vrais mensonges. *La Recherche*, v. 21, n. 225, p. 1300-1312, octobre, 1990.
- MEMMI, Dominique. Savants et maîtres à penser. La fabrication de la procréation artificielle. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n. 76/77, mars, 1989.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/ CEBRAP. Comportamento sexual da população brasileira e percepção do HIV/ AIDS. São Paulo, Relatório do Projeto Piloto: Santos, SP e Jacobina, BA, 1996.
- OFFICE of Technology Assesement/ USA IVF Registry, 1991.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, Adelantos recientes en materia de concepción con ayuda medica. *Serie Informes Técnicos*, 820, Genebra, 1992.
- OSBORNE, Thomas. Powers and persons: on ethical stylisation and person-centered

- medicine. *Sociology of Health and Illness*, v. 16, n. 4, 1994.
- PARSONS, E. e ATKINSON, Lay construction of genetic risk. *Sociology of Health and Illness*, vol. 14, n. 4, december, 1992.
- PONS, J-C. *Les nouvelles grossesses*. Paris: PUF, 1996.
- RABINOW, Paul. Artificialidade e ilustração: da sociobiologia à biossociabilidade. *Novos Estudos Cebrap*, n. 31, outubro, 1991.
- REIS, Ana Regina Gomes. A fertilização *in-vitro* no Brasil - A história contada, as estórias. Brasília, Biblioteca do Senado Federal, fotocópia, 1985.
- RIOS, André e CORRÊA, M. *Segredo e doação: a prática do segredo na doação de material reprodutivo humano*. Rio de Janeiro, Projeto de Pesquisa IMS-UERJ, 1993.
- SILVA, Margareth A. Tecnologias reprodutivas: a concepção de novos dilemas. ECOS, 1991.
- STANWORTH, Michelle. *Reproductive Technologies - Gender, Motherhood and Medicine*. Polity Press/Basil Blackwell, 1987.