

## BIOTECNOLOGIAS DE PROcriação E BIOÉTICA\*

FÁTIMA OLIVEIRA\*\*

### Resumo

As biotecnologias de procriação contemporâneas, conceptivas e anticonceptivas, são práticas medicalizadas de “última geração” repletas de conflitos científicos, sociais, jurídicos, políticos e éticos que evidenciam questões bioéticas diversas. Constituem dois campos opostos do biopoder, cujo ponto de intersecção é a ação de controle social sobre os corpos, em geral, femininos. O controle social do processo de procriação é, por extensão, o controle da sexualidade que, embora não sendo a única causa, está também na base original da dominação de gênero.

**Palavras-chave:** Biotecnologia, Bio-poder, Sexualidade, Tecnologias de Procriação.

---

\* Recebido para publicação em 10 de setembro de 1997.

\*\* Médica. Coordenação Nacional da UBM – União Brasileira de Mulheres; Conselho Diretor da CCR – Comissão de Cidadania e Reprodução e da RedeSaúde – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; Conselheira do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Belo Horizonte, MG. Ex-integrante da CONEP/MS – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. Autora dos livros *Engenharia genética: o sétimo dia da criação* (Moderna, 1995) e *Bioética: uma face da cidadania* (Moderna, 1997). Co-autora de *Fundamentos da bioética* (Paulus, 1996); *Tecnologias Reprodutivas: gênero e ciência* (UNESP, 1996).

**BIOTECHNOLOGIES OF PROCREATION AND BIO-ETHICS**

**Abstract**

Contemporary biotechnology of procreation, both for conception and contraception, are the latest medicalized practices to raise diverse bio-ethical questions. These relate to scientific, social, legal and political kinds. Technologies to favour and prevent conception constitute two opposite fields of bio-power, which intersect in their actions to socially control bodies, usually female ones. The social control of processes of procreation also control sexuality, which is one of the bases, albeit not the only one, of male domination over women.

Conceitualmente biotecnologia é o conjunto das técnicas e processos biológicos que possibilitam a utilização da matéria viva para degradar, sintetizar e produzir outros materiais. A biotecnologia, de qualquer tipo, é sempre uma manipulação da constituição dos seres vivos: acrescentando, diminuindo, suprimindo temporariamente, ou abolindo uma característica aparente, ou interna. A biotecnologia que manipula os genes chama-se engenharia genética ou bioengenharia.

Para muitos/as autores/as qualquer tecnologia aplicada em seres vivos é uma biotecnologia. Sendo assim, podemos afirmar que as tecnologias que objetivam impedir a fecundação (anticonceptivas) ou promover a concepção (conceptivas) na espécie humana podem ser consideradas biotecnologias de procriação, posto que interferem no processo de fertilidade ou infertilidade.

Cabe aqui colocar em discussão um assunto que não é apenas um problema semântico. 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 (reprodução), tão-somente duas metades diferentes dão origem a uma terceira personagem, que não é idêntica a nenhuma das duas que a originaram, apenas semelhante (procriação). 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.

A história da fertilidade humana – refiro-me mesmo à fertilidade que é a “regra”, pois a infertilidade é a exceção – em todos os tempos evidencia que o desejo de **ter** ou **não ter** uma prole sempre foi uma preocupação relevante na vida das pessoas. As “simpatias” para engravidar, não engravidar ou para abortar são patrimônios culturais de todas as sociedades

estudadas até hoje. Assim como também é muito forte a maldição e o estigma milenar no que diz respeito à esterilidade, em quase todas as culturas e, em contrapartida, a santificação da fertilidade. As deusas e os deuses da fertilidade estão presentes em muitas religiões. Até nossos dias na maioria das culturas a maternidade constitui uma condição absolutamente necessária para a inclusão respeitosa na sociedade e para a identidade feminina. Portanto, não é espantoso que as mulheres estéreis em tais sociedades busquem a fertilidade como uma forma de poder e de fuga das discriminações e maldições.

O *status* de “santificação” da fertilidade – que não é um atributo eminentemente apenas cristão – provavelmente está na base da explicação de porque os meios de evitar a gravidez e de abortamento constituem práticas transgressoras, até hoje, na maioria das sociedades, bem como pode nos ajudar a compreender o poder, o endeusamento e a mercantilização dos saberes sobre fertilidade e infertilidade como fenômenos históricos que, na atualidade, se materializam na medicalização da procriação.

### **A anticoncepção hormonal e as biotecnologias conceptivas**

O marco histórico da anticoncepção hormonal é 1951, com a descoberta da “pílula”.<sup>1</sup> Atualmente, no mundo, milhões de mulheres usam a anticoncepção hormonal, sob diferentes apresentações e dosagens. A maioria em fase de comercialização e outras ainda em ensaios clínicos, o que não faz muita diferença no aspecto da biossegurança e no da bioética. Os contraceptivos hormonais são eficazes para impedir a gravidez; no entanto a segurança e/ou a inoquidade deles ainda não estão estabelecidas.

---

<sup>1</sup> Gregory Pincus e John Rock.

A procriação artificial começou com a inseminação – técnica simples, que consiste em introduzir o sêmen no útero no período da ovulação. É denominada de homóloga quando utiliza o sêmen do marido e de heteróloga quando o sêmen é de um doador. Pressupõe que a mulher ovule. A segunda fase da procriação artificial humana, também denominada Procriação Assistida (PA); Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (NTRC); Reprodução Assistida (RA) e Procriação Medicamente Assistida (PMA) – consiste em um conjunto de técnicas que objetivam fazer com que uma mulher engravide, quando ela é infértil, ou o seu companheiro, ou ambos. Estabeleceu-se na década de 1970 com a *Fertilização in vitro e a Transferência de Embriões (FIVETE)* e tornou-se pública com o nascimento, em 25/07/1978, de Louise Toy Brown – oriunda das experiências do ginecologista Patrick Steptoe e do biólogo Robert Edwards, cientistas britânicos que, contrariando orientações de ética em pesquisa em vigor na Grã-Bretanha, desenvolveram o bebê de proveta. Esses cientistas trabalharam absolutamente conscientes de que tais investigações envolviam alguns procedimentos inseguros, inclusive para animais não humanos, conforme parecer do Conselho Britânico de Investigações Médicas que não concedeu verbas para a referida pesquisa.

O “sucesso de mídia” de Louise foi tamanho, que até hoje pouca gente dá importância ao fato inegável de que a infração ética e científica mais gritante das biotecnologias de “bebês de proveta” é que elas não foram testadas em animais próximos de humanos na escala evolutiva, antes de serem aplicadas em mulheres. Existem diferentes técnicas de *Fertilização in vitro (FIV)*. Todas são pequenas alterações da técnica básica, a *FIVETE*.

Apesar do *marketing* dos chamados Centros de Reprodução Humana, que alardeiam “cura” da infertilidade, a maioria dos casos de infertilidade encontra solução com o tempo, pois nascem mais crianças na lista de espera, do que dos

“tratamentos”. Eu argumento que não são tratamentos, mas apenas “solução”, quando não procriar é um problema. A taxa de fracasso na biotecnologia do bebê de proveta fica entre 85% a 95%, por ciclo de tentativa (cada vez que a mulher é preparada hormonalmente para receber o embrião)! As atuais Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas, à exceção da recanalização de trompas e da reversão da vasectomia, não curam infertilidade, apenas “compensam-na”, pois a técnica básica do bebê de proveta (a *FIVETE – Fertilização in vitro e Transferência de Embriões*) e suas variações não devolvem à mulher e nem ao homem a capacidade natural de procriar.

**As pesquisas biomédicas em procriação:  
esperanças, problemas e ameaças**

Hoje é quase impossível em muitos casos estabelecer uma demarcação entre o que é pesquisa e o que é terapêutica “testada, aprovada e segura”. A rapidez com que a pesquisa básica se transforma em produto comercializável depende de muitos fatores, desde a avidez do pioneirismo e do lucro (quem chega primeiro) até as pressões de grupos organizados em torno de determinadas doenças. De fato esta rápida, e às vezes intempestiva, transformação de pesquisa em produto (tratamento) possibilita abusos.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> MOTA, Joaquim Antônio César. Aspectos éticos envolvidos na incorporação de novas tecnologias em medicina. *O Mundo da Saúde*, Ano 21, vol. 21, n° 2, março/abril de 1997, p.113-118.

### **A pílula do homem**

A pílula de testosterona (a pílula do homem) foi sintetizada na mesma época que a de progesterona e a de estrógenos (da mulher) e foi testada nos EUA em prisioneiros na faixa de 18 a 25 anos, com eficácia de 100%. Porém ela não foi comercializada, posto que após dois anos da suspensão da pílula a maioria dos homens continuava estéril, muitos ficaram impotentes e outros sem “tesão”, além do que algumas biópsias de testículos evidenciaram degeneração das células produtoras de espermatozóides e o mesmo ocorreu com as células produtoras de testosterona.

Ora, uma das vantagens que os fabricantes pretendiam apregoar seria a de que suspenso o uso da pílula o homem imediatamente estaria apto a fecundar, já que desapareceria a azoospermia provocada.<sup>3</sup>

A pílula masculina gossipol, extraída do caroço de algodão, interfere na maturação dos espermatozóides e pode abolir a capacidade de as células dos testículos gerarem espermatozóides, causando esterilidade permanente. A pílula gossipol, descoberta e fabricada pelos chineses, na década de 1980 foi testada em brasileiros (médico Elsimar Coutinho, Bahia) com o nome de “pílula bahiana”. Mas, conforme o *Boletim da International Planned Parenthood Federation*, outubro de 1990:

---

<sup>3</sup> PACHECO, Mário Victor de Assis. *Planejamento Familiar e Libertação do Brasil*. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 1ª edição, 1983, 102p. A progesterona possui 21 átomos de carbonos, a estrona 18 e a testosterona 19. Logo, é impossível alguém conseguir sintetizar algo com 21 ou com 18 átomos de carbono e afirmar que não conseguiu “fabricar” algo com 19!

Desgraçadamente, a droga tem efeitos muito variados, inclusive alguns sumamente tóxicos nas experiências em animais; por conseguinte, não é muito provável que seja aprovada pelos organismos ocidentais que controlam a distribuição dos produtos farmacêuticos.<sup>4</sup>

Uma nova fase de pesquisas com o hormônio masculino testosterona começou em 1990. Segundo dados da OMS, em 1996, era um “sucesso” pronto para a comercialização. Sabe-se que o aumento de testosterona diminui ou encerra a produção de espermatozóides. Outro veio de pesquisa de contraceptivo químico para o homem é a abordagem imunológica (vacina) para a produção de anticorpos contra o espermatozóide.<sup>5</sup>

#### **Vacina antifertilidade feminina**

Os primeiros estudos sobre os contraceptivos imunológicos ou vacina antifertilidade ou contraceptiva foram realizados na Índia. Buscavam um “antígeno” contra o esperma do marido. Tais estudos foram abandonados, pois a “alta” especificidade (só funcionavam com o esperma de um parceiro específico) era um problema caso a mulher abandonasse aquela união ou tivesse relações sexuais extra-conjugais! Pesquisas posteriores objetivavam uma vacina contra o hormônio gonadotrofina coriônica que permite a manutenção do corpo amarelo, a produção de progesterona e a persistência da gravidez. É uma vacina contra a gonadotrofina para interromper o processo gravídico. Estão em curso pesquisas sobre seis tipos

---

<sup>4</sup> Id., ib.

<sup>5</sup> OLIVEIRA, Fátima. *Bioética: uma face da cidadania*. São Paulo, Moderna, 1997, p.99.

de vacina em mulheres do LACAAP (Latin America, Caribbean, African, Asian and Pacific countries).

Outras versões da vacina antifertilidade (masculina e feminina) objetivam impedir a produção de espermatozóides, maturação dos óvulos, intervir no mecanismo geral da fertilidade ou na interrupção do desenvolvimento embrionário.

A Rede Global de Direitos Reprodutivos e a Fundação para a Ação pela Saúde das Mulheres (Women's Health Action Foundation) organizaram o "Apelo pela interrupção das pesquisas sobre vacina antifertilidade", que consistiu inicialmente em uma carta aberta às instituições de pesquisa e financiamento em 1993. Desde então, tem recebido adesões do feminismo e de profissionais de saúde em todo o mundo. O apelo enfatiza o potencial de abuso; a manipulação do sistema imunológico para fins contraceptivos; a falta de ética nos testes clínicos e que o marco teórico da pesquisa na área de contracepção tem como base um arcabouço "científico referenciado em aspectos demográficos", em detrimento de métodos mais simples, onde a usuária pode ter maior controle. Também chama a atenção para o fato de que

interferir no sistema imunológico com propósitos contraceptivos é uma idéia indefensável num tempo em que a atenção primária à saúde está sendo desmantelada em diversos países; em que a incidência de doenças infecciosas está aumentando e quando se agudiza a consciência a respeito da preciosidade e complexidade que caracterizam nossa defesa imunológica (...). É preciso que o desenvolvimento de contraceptivos seja orientado pela realidade da vida das mulheres. Sobretudo, é preciso considerar as condições locais de

atendimento à saúde e a posição das mulheres na sociedade.<sup>6</sup>

### **NTRc versus clonagem versus megaprojetos da genética humana**

Cientistas tornaram-se poderosos ao dominar o saber básico de “fabricar” a vida através da transgenicidade (transferência de genes de um organismo para outro), do hibridismo (fertilização de uma espécie por outra), da clonagem tradicional (produção de cópia idêntica à original; do grego: *klon*, *klónos* = rebento, broto, pequeno ramo) e da clonagem tipo Dolly (cópia **quase** idêntica à doadora do patrimônio genético nuclear). Junte-se a isso a engenharia genética e o biopoder que dela emana.

A clonagem é uma biotecnologia através da qual são produzidas cópias de células ou de genes. É um processo de reprodução assexuada. A clonagem clássica ou tradicional, originada em 1952, tecnicamente necessita do gameta feminino e do masculino. É uma imitação de um processo natural conhecido como fissão gemelar, através do qual um único óvulo fecundado pode se dividir, dando origem ao que conhecemos como gêmeos univitelinos. Enquanto fato natural, a clonagem é muito comum, pois todas as células somáticas de um ser pluricelular são, em si, **clones**: contêm o mesmo patrimônio genético.

A clonagem tipo Dolly ou de última geração<sup>7</sup> não necessita do gameta masculino, pois usa o núcleo de uma célula

---

<sup>6</sup> Trechos do texto do abaixo-assinado da Campanha “Apelo pela Interrupção das Pesquisas sobre ‘Vacinas’ Antifertilidade”.

<sup>7</sup> J. B. Gurdon, 1962/Reino Unido, que pesquisou girinos; e Ian Wilmut, 1996, que pesquisou ovelhas.

somática adulta (diferenciada). O sentimento de que o homem está “em vias de extinção”, expressado por Luís Fernando Veríssimo diante da clonagem da ovelha Dolly no Reino Unido, é procedente. Embora reducionista, seu sentimento não é catastrofista e merece solidariedade. Vejamos:

Você talvez não tenha se dado conta irmão (...) o homem começou a ficar obsoleto. Você eu não sei, mas já estou me sentindo como um disco de vinil (...) teoricamente o espermatozóide perdeu sua função no mundo (...) Estávamos no mundo para fazer espermatozóide. A capela Sistina, a Nona Sinfonia, a Itaipu Binacional – foi tudo produção secundária, tudo bico. Nossa missão era fornecer o espermatozóide. Nossa missão acabou.<sup>8</sup>

As biotecnologias anticonceptivas possibilitam exercer a sexualidade com fins lúdicos – no campo do prazer, as conceptivas “permitem” procriar e “Re-produzir” sem sexualidade (clonagem clássica) e até sem o concurso do gameta masculino (clonagem tipo Dolly).

Postas tais considerações, necessitamos refletir sobre quais as prováveis decorrências da associação entre NTRc, clonagem e os atuais megaprojetos da genética humana, já que a fertilização extra-corpórea é um caminho sedutor para a manipulação genética de humanos. Nos anos 90 estão sendo desenvolvidos dois megaprojetos na genética humana: o Projeto Genoma Humano (PGH, 1990) e o Projeto da Diversidade do Genoma Humano (PDGH, 1992). Ambos objetivam desvendar o genoma humano, logo visam “penetrar” na intimidade genética humana, quer para determinar a ancestralidade quanto para

---

<sup>8</sup> Missão Cumprida. *Jornal do Brasil*, Opinião, 26/02/97, p.11.

predizer o futuro e até como será a descendência. Por enquanto, os resultados mais promissores são os “kits de previsão” do futuro (diagnósticos genéticos).

As benesses destes saberes são: diagnósticos e prevenção de doenças genéticas e talvez até a perspectiva de cura para algumas delas, via “remédios genéticos”, transgênese etc. Os “problemas” colocados pelas “corridas da genética” são inúmeros, desde o pavor das catástrofes ecológicas à mercantilização da vida (patentes); a invasão da privacidade genética e as possibilidades inegáveis de estabelecimento de padrões eugênicos refinados, uma vez que a genética não se limita às pessoas individualmente, mas “invade” suas histórias de vida: presente, passada e futura.

#### **Alguns problemas estabelecidos: esterilização cirúrgica, RU 486 e DIU**

É pouco debatido entre profissionais de saúde e na sociedade os problemas comprovados e decorrentes da esterilização cirúrgica feminina e masculina. Inúmeras pesquisas constataram seqüelas, tais como:

dores pélvicas, obesidade, alterações da libido, da função ovariana, dismenorréia etc. Frequentemente, o relato destes sintomas tem sido preconceituoso e negligentemente atribuído ao conjunto dos “distúrbios neuro-vegetativos”. Aliás, para muitos profissionais da saúde, muito comum às mulheres.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> COSTA. Ana Maria. Planejamento Familiar no Brasil. *Bioética*, vol. 4, nº 2, 1996, pp.209-216.

Molina refere-se ao fato, também há muito conhecido, de que

Ao se agredir a trompa acaba-se agredindo a função ovariana, que por sua vez produz alterações menstruais que levam a um número maior de histerectomias (...) alterações na função ovariana podem ter repercussões sistêmicas de grande significado para a saúde de mulheres jovens e saudáveis submetidas a essa técnica cirúrgica (...) A literatura demonstra que existe um fator auto-imune (produção de anticorpos contra o espermatozóide) envolvido no mecanismo de atuação da vasectomia. Não é “só cortar” o ducto deferente. Não é só uma questão mecânica. O todo acaba sendo atingido, criando um estado auto-imune, sendo que atualmente se discute se essas alterações imunológicas, causadas pela vasectomia, possam bloquear anticorpos ou células supressoras tumorais, explicando assim a associação entre câncer de próstata e vasectomia.<sup>10</sup>

A RU 486, a pílula do dia seguinte, sintetizada em 1982, é uma molécula antiprogesterona que interrompe o processo de gravidez<sup>11</sup> a partir do oitavo dia. Para algumas pessoas é um

---

<sup>10</sup> MOLINA, Aurélio. O paradigma ético-científico e a saúde da mulher. *I Simpósio Bioética e Procriação Humana: diálogos com o feminismo*. Pré-livro COPPE/UFRJ, Rio de Janeiro, junho de 1996.

<sup>11</sup> MORI, Maurizio. *A moralidade do aborto – sacralidade da vida e o novo papel da mulher*. Brasília-DF, Editora UnB, 1ª edição, 1997, pp.35-37. No capítulo 3 (Duas definições de aborto e a exigência de uma linguagem rigorosa) Mori afirma que a própria noção de aborto mudou profundamente, sobretudo considerando-se interrupção de gravidez como sinônimo de aborto. E o nó de tudo isso é a resposta à pergunta: quando começa a gravidez?

abortivo químico, divulgado como um método superior aos demais em relação à privacidade da mulher e à biossegurança. Para outras, é uma substância contragestatória. Portanto, não se enquadra como um abortivo, mas na área chamada de contraceção de emergência.<sup>12</sup>

Na prática é um método “medicalizado” ao máximo: necessita de internação e acompanhamento médico, além de apresentar inúmeros problemas quanto à biossegurança, controvérsias científicas e contra-indicações, tais como miomas, endometriose, sangramento menstrual anormal, doença inflamatória pélvica crônica, história de abortamento espontâneo, gravidezes múltiplas e ectópicas, alergias, epilepsia, doenças renais etc.

Citando Molina , em opinião compartilhada por inúmeros pesquisadores, sobre o Dispositivo Intra-uterino – DIU:

um grande número de complicações está associado ao uso do DIU, tais como um aumento de perda sangüínea na menstruação que é “regra” nas usuárias do DIU, sendo que em algumas pacientes pode levar a uma anemia por deficiência crônica de ferro e em

---

“Existe um lapso de tempo entre a relação sexual e a concepção, e um outro entre concepção e o implante. É exatamente esta ‘janela temporal’ a nos colocar o problema que aqui interessa: a gravidez começa com a concepção ou com a nidação? (...)” Os espermatozoides levam horas no trajeto entre a vagina e as trompas; o óvulo fecundado no processo de descida das trompas para o útero (nidação) leva seis a sete dias e, até à sua fixação completa gasta em torno de 14/15 dias pós concepção.

<sup>12</sup> A contraceção de emergência consiste no uso de substâncias contraceptivas, interceptoras do zigoto e/ou contragestatórias, no período que vai da concepção à nidação, podendo portanto impedir a concepção, ou a nidação, ou a fixação no útero do óvulo fecundado. Considerando-se que a gravidez começa com a nidação a contraceção de emergência não é abortamento.

outras ser de caráter tão intenso levando à retirada do mesmo. Porém, são as infecções pélvicas a complicação mais grave e importante relacionada ao DIU. Essas infecções, conhecidas como doença inflamatória pélvica (DIP), podem levar à esterilidade por lesões tubárias (a principal razão para sua contra-indicação em nulíparas) muitas vezes com uma clínica discreta, mas que podem levar à morte.

A história de diferentes marcas de DIU evidencia como a falta de ética de algumas empresas é tamanha que sequer se dão ao trabalho de pesquisa antes da comercialização de um produto! O DIU T de cobre foi proibido em 1986 nos EUA, após a indenização de 55 milhões de dólares de uma usuária que ficou estéril depois de ter usado tal dispositivo.

A história de outro DIU, da marca Dalkon Shield, é uma história literalmente de terror iniciada em 1968. Em 1970 o Dalkon Shield foi apresentado como uma alternativa aos perigos da “pílula”, posto que oferecia eficácia de 100% contra a gravidez e sem os efeitos colaterais da pílula. Foi usado por 4,5 milhões de mulheres em 80 países. Sabe-se hoje que eles provocaram feridas uterinas em milhares de usuárias; milhões foram vitimadas por DIP (doença inflamatória pélvica) e ficaram estéreis; nos EUA 18 mulheres morreram, 110 mil engravidaram e destas, cerca de 66 mil devem ter abortado espontaneamente, a maioria abortamentos sépticos. Contam-se centenas de natimortos, cegos, com paralisia cerebral e retardamento mental. Só após nove meses do Dalkon Shield estar no mercado (setembro de 1971) a fabricante, a Dalkon Corporation deu início à pesquisa com macacos babuínos, cuja conclusão, jamais divulgada pela empresa, demonstrou que 1 em cada 8 babuínas morreram e 30% sofreram perfuração uterina! O DIU Dalkon foi proibido em 1980 nos EUA, quando detinha 45% do mercado

Biotecnologias de procriação e bioética

mundial de DIUs e respondia a 4460 processos de usuárias. A empresa faliu em 1986.<sup>13</sup>

### **A perspectiva de gênero, o controle social da procriação e a bioética**

Foge da competência ética do feminismo, mesmo considerando-se que não estamos falando de um bloco monolítico, e de qualquer outro setor da sociedade “julgar” quem deseja ter ou não uma prole. Acredito ser uma obrigação ética apoiar as pessoas em suas decisões em matéria de procriação e ampliar o poder (autonomia) delas em questões de tamanha complexidade, bem como exigir segurança e bem-estar da atividade e dos produtos da ciência.

Os conflitos científicos, éticos, jurídicos, sociais e políticos oriundos das biotecnologias de procriação são inúmeros. No campo científico destacam-se controvérsias quanto às pesquisas, às infrações éticas, sobretudo quanto à biossegurança, o consentimento livre e esclarecido e os danos. Apesar das recomendações internacionais e de muitas regulamentações locais, percebe-se um “vazio ético” (pela falta de cumprimento das orientações éticas existentes, desde Nuremberg/1947), que diminuiu nos anos 90, em virtude do “modismo” da ética no mundo. Na área jurídica, o grande debate é como cercear de modo mais eficaz, via leis rígidas, os abusos. Quanto ao aspecto social, precisamos conhecer os impactos da anticoncepção e das NTRc no conceito de família. E, por, último, mas não menos importante, no campo do que se compreende como da “grande política”, temos de especular sobre como ficam e para onde vão as políticas de população natalistas e

---

<sup>13</sup> MOKHIBER, Russel. *Crimes Corporativos – o poder das grandes empresas e o abuso da confiança pública*. São Paulo, Editora Scritta, 1ª edição, 1995, 394 p.

antinatalistas, e qual o lugar da liberdade reprodutiva nas agendas e plataformas governamentais.

Ilustram bem a importância das questões citadas as projeções para o futuro veiculadas pelos meios de comunicação. Em razão disso é crescente o interesse de pesquisadoras feministas em análise do discurso da mídia sobre tais temas. Por exemplo, os trabalhos de Margareth Arilha, María Tereza Durant e María Luz Fernández Salinas e a minha pesquisa.<sup>14</sup>

Margareth Martha Arilha em *Tecnologias reprodutivas: a concepção de novos dilemas* abordou, de forma instigante e pioneira, o estágio das biotecnologias conceptivas no Brasil; o discurso da grande imprensa de 1978 a 1990; ouviu representantes da categoria médica e da Igreja Católica, mulheres que integraram programas de *FIV (Fertilização in vitro)* e feministas. Constatou, dentre outras, que em contraposição ao caloroso debate internacional da época o cenário nacional era “caracterizado por um escasso conhecimento público sobre o tema, ao lado de uma prática médica já bastante avançada”.<sup>15</sup>

Em “Análises de la información vinculada a las nuevas tecnologías reproductivas en los medios de comunicación. El caso del diario CLARIN, julio 1994-abril 1995”, María Teresa Durand e María Luz Fernández Salinas, além da reafirmação da constatação de Arilha sobre a postura acrítica e ufanista da imprensa em relação aos “bebês de proveta” e a prescrição deles

---

<sup>14</sup> ARILHA, Margareth Martha. *Tecnologias reprodutivas: a concepção de novos dilemas*. São Paulo, ECOS, 1ª edição, 1991, 87p.; DURAND, María Teresa e SALINAS, María Luz Fernández. *Análises de la información vinculada a las nuevas tecnologías reproductivas en los medios de comunicación. El caso del diario CLARIN, julio 1994-abril 1995* (1996) e *Bioética&Teoria feminista e anti-racista: informações na grande imprensa/Direitos Reprodutivos e Genética Humana* (1996).

<sup>15</sup> ARILHA, Margareth Martha. *Tecnologias reprodutivas: a concepção de novos dilemas*. Op.cit.

como uma panacéia, realizam uma discussão muito interessante sobre a construção social da maternidade e o ser mulher:

A identificação da maternidade com a reprodução biológica é produto de um sistema de representações, da ordem do simbólico, que cria uma concepção “natural e biológica” de maternidade. A definição da maternidade como um fato natural é uma representação ideológica que proporciona uma imagem totalizadora e unificada de mulher-mãe. Mas ser mãe não é apenas um fato biológico, é também uma situação social e cultural, é uma construção social da maternidade.<sup>16</sup>

A pesquisa de minha autoria “Bioética&Teoria feminista e anti-racista: informações na grande imprensa/Direitos Reprodutivos e Genética Humana” é, em síntese, uma reflexão sobre a função social do jornalismo científico na área dos direitos reprodutivos e da genética humana no leito da perspectiva de gênero e anti-racista. Realizei mapeamento e análise da construção social do discurso (informações) de 07 (sete) órgãos da grande imprensa brasileira (jornais: *Folha de S.Paulo*, *O Estado de S.Paulo*, *O Globo*, *Jornal do Brasil* e *Gazeta Mercantil*; e as revistas *VEJA* e *ISTOÉ*) no período de 01 a 10 dos meses de janeiro a junho/96 – um recorte nos dados coletados de 01 de janeiro a 30 de junho de 1996.

Dados dessa pesquisa evidenciam que o título denominado “Pesquisa sobre os temas dos Direitos Reprodutivos” mereceu maior número de Unidades Redacionais

---

<sup>16</sup> SOMMER, Susana E. (Compiladora). *Procreación: nuevas tecnologías*. Buenos Aires, Argentina, Atuel, 1ª edição, 1996, p.95. (Tradução de minha autoria.)

que os demais assuntos no período pesquisado<sup>17</sup>, inclusive sobre a Aids que é a vedete do jornalismo científico no mundo há alguns anos. Isto é revelador e poderá significar, ao mesmo tempo, duas coisas: 1. que “o que fazem os cientistas” é considerado muito importante para a sociedade em geral e que interessa às pessoas comuns conhecer tais assuntos; 2. que a mídia consegue “impor os assuntos” (Ditadura da Mídia) e o que falar/debater sobre eles.

Veja na tabela 1 os temas dos Direitos Reprodutivos quanto às UR (Unidades Redacionais), origem e categoria da notícia. De janeiro a junho de 1996, no período de 01 a 10 de cada mês, foram publicadas 357 UR sobre Direitos Reprodutivos.

A contracepção, em particular a hormonal, já está estabelecida como uma prática respaldada cientificamente, o que não significa que seja inócua ou mesmo que esteja suficientemente pesquisada. Entretanto os órgãos de imprensa sequer “falam por alto” sobre isso. A contracepção hormonal, embora seja usada por mulheres em todo o mundo ainda está em fase de investigação. E esta é uma compreensão tolerante, pois sabe-se, há muito, que é necessário encontrar anticonceptivos hormonais menos danosos. Por outro lado, os questionamentos sobre os riscos e danos da anticoncepção hormonal praticamente não existem, como constatamos em nossa pesquisa.

---

<sup>17</sup> De janeiro a junho de 1996, no período de 01 a 10 de cada mês, foram publicadas 426 Unidades Redacionais (UR) sobre Direitos Reprodutivos e Genética Humana, com a seguinte distribuição: **Direitos Reprodutivos** – 357 UR e **Genética Humana** – 69 UR.

**Tabela 1. UR/Origem/Categoria/Gênero**

Direitos Reprodutivos	Unidade Redacional	Origem		Categoria/Gênero					
		Nacional	Internacional	E	R	ME	A	N	OL
Aborto	14	08	06	-	02	01	06	03	02
Concepção	25	22	03	-	20	01	03	01	-
Contracepção	22	14	08	-	22	-	-	-	-
DST/Aids	123	48	75	01	81	10	04	26	02
Esterilização	10	09	01	-	05	-	04	01	-
Gravidez	20	19	01	-	17	-	01	02	-
Parto/MM	13	07	06	-	07	-	02	04	-
Pesquisa	130	29	101	01	55	03	03	68	
<b>TOTAL</b>	<b>357</b>	<b>156</b>	<b>201</b>	<b>02</b>	<b>209</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>104</b>	<b>04</b>

Pesquisa Bioética&Teoria feminista e anti-racista, 1996/Fonte: *FSP, ESP, Globo, JB, GMercantil, VEJA, ISTOÉ* (Período: 01 a 10 de janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho)  
 Legenda: Gêneros jornalísticos/Categorias: E, R, ME, A, N, OL= Editorial; R= Reportagem; ME = Matéria Especial; A= Artigo; N = Nota; OL= Opinião Leitor(a)

Na pesquisa “Bioética&Teoria feminista e anti-racista” estão agrupadas sob o título concepção todas as matérias que se referem à concepção natural e à assistida. No período que estamos analisando (janeiro a junho de 1996), quase 100% das matérias são exclusivamente sobre as NTRc (Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas).

A novidade foi a matéria especial de Eliane Lobato para a revista *ISTOÉ*, página “personalidades”, denominada “Projeto bebê”, com um subtítulo que fala por si: “Na ânsia das estrelas para ter filhos em 1996, vale tudo: de mães de aluguel à

inseminação artificial”.<sup>18</sup> A matéria consiste em um relato das opiniões de várias estrelas femininas e masculinas, sobretudo do mundo da TV, onde o desejo delas aparece de forma tão simples e natural, assim como “beber um copo d’água”. O contraponto foi a opinião vacilante do Conselho Federal de Medicina, apoiada em uma regulamentação exclusivamente técnica, ultrapassada e de conteúdo excessivamente moralista (Resolução 1358/92 sobre Reprodução Assistida), afirmando que esta é uma questão ética. O diretor do Centro de Medicina da Reprodução do Rio de Janeiro, assim se expressou:

Xuxa disse que seria capaz de cometer uma loucura se não conseguisse se apaixonar e casar com alguém. Ou seja, fazer a inseminação artificial. Isso é um problema dela. Um médico deve ter o discernimento de não embarcar na loucura do paciente.<sup>19</sup>

O noticiário sobre a biotecnologia do bebê de proveta ocupou páginas e páginas dos jornais e revistas durante todo o primeiro semestre de 1996, tendo como fato desencadeador a gravidez do casal Assíria/Pelé, o que fez a “delícia” dos donos de Clínicas de Reprodução Humana, pois a maioria foi obrigada a opinar (e assim “divulgaram” de “graça” o seu trabalho) sobre as possibilidades de sucesso do desejo do Rei, já que ele foi submetido à vasectomia há anos.

Este é um caso exemplar, pois a mulher de Pelé não era infértil. Publicou-se de tudo nas páginas de política (pois tratava-se da “gravidez” de um Ministro de Estado). As páginas

---

<sup>18</sup> LOBATO, Eliane. Projeto bebê. *ISTOÉ* 1375, 7/2/96, Personalidades, pp.72-73.

<sup>19</sup> Id., ib.

de Esporte especializaram-se em NTRc (pois o “fato” envolvia o maior ídolo do futebol brasileiro e atual Ministro de Esporte).

Em relação às biotecnologias de procriação não é simples fazer defesas e/ou acusações generalizadas. Tanto a sociedade quanto a comunidade científica são dotadas de direitos e de deveres e precisam ser chamadas ao exercício e cumprimento deles. Para concretizar tais direitos e deveres é indispensável que tenhamos uma regulamentação pública para a atividade e os produtos da ciência que proteja consumidores/as e produtores/as, não esquecendo que a sociedade é recortada por sexo/gênero; raça/etnia; classe, dentre outras, que são variáveis que com certeza fazem muita diferença em qualquer pretensão de controle social e ético. Assuntos de bioética, assim como as demais questões éticas, parecem mais adequados em normas que em leis, especialmente porque as normas éticas parecem ser o caminho mais indicado para a construção de uma cultura ética, uma vez que eticidade é uma postura diante da vida e necessariamente não está atrelada às leis.

É emergencial que lutemos para que nas experimentações em seres humanos os impactos sobre a saúde da mulher sejam considerados em todas as fases de sua vida, tendo como parâmetros, além da diferença biológica, as questões relativas à opressão de gênero, à opressão racial/étnica; à inserção nas classes sociais e o contexto geopolítico dos países em que vivem. Muitas das vivências das mulheres com as experimentações científicas em geral são histórias de terror. Embora as Normas Internacionais, desde Nuremberg, demonstrem preocupações com a vulnerabilidade das mulheres, isso só se reporta ao seu período de idade fértil, demonstrando assim que a preocupação central não é com a saúde da mulher

em si, mas com suas funções de reprodutora da espécie humana.<sup>20</sup>

A história da população negra – mulheres e homens – no mundo em relação às experimentações científicas assemelha-se muito à das mulheres como um todo. Os estudos sobre a condição biológica e a saúde da população negra, aparecem, historicamente, em geral vinculados à eugenia de tal maneira que podemos afirmar que até meados da década de 60 do século XX a quase totalidade da produção científica existente revelava uma preocupação obsessiva de encontrar um jeito qualquer de exterminar as “raças impuras e inferiores”.

### **Anticoncepção hormonal**

A ética em pesquisa e a preocupação com a biossegurança constituem duas ausências lastimáveis nas investigações na área de contracepção hormonal. Um caso paradigmático desta afirmativa é o do Norplant – idealizado nos anos sessenta pela Population Council, EUA, cujos testes foram iniciados na década de 1970, impede a gravidez por um período de até cinco anos. Giselle Israel e Solange Dacach, autoras do

---

<sup>20</sup> Código de Nuremberg, 1947. Em 1962 a Associação Médica Mundial aprovou a Declaração sobre Pesquisas Biomédicas (ratificação do Código de Nuremberg), que foi revisada em 1964 (Declaração de Helsinqui), em 1975 (Declaração de Tóquio), em 1981 (Declaração de Manila), em 1983 (Declaração de Veneza) e em 1989 (Declaração de Hong Kong). A Organização Mundial de Saúde e o Conselho de Organizações Nacionais de Ciências Médicas elaboraram a Proposição de Normas Internacionais para a Pesquisa Biomédica em Humanos (1982); Diretrizes Internacionais para a Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (1991) e as Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (1993). O Brasil possuía, desde 1988, a Resolução 01/88, do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa em Saúde, que foi substituída, em outubro de 1996, pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

livro *As rotas do Norplant: desvios da contracepção*<sup>21</sup>, afirmam que em 1987 o Norplant estava liberado em 11 países e em 18 estava em teste e, desse total de 29 países, 25 eram do Terceiro Mundo. Em 1989 a Population Council informou que cerca de 355 000 mulheres em 44 países usaram ou usam o Norplant.

No Brasil a pesquisa com o Norplant foi realizada a partir de julho de 1984 pelo CEMICAMP (Centro Materno Infantil de Campinas, uma ONG de pesquisa que não pertence à Universidade de Campinas) e proibida pelo Ministério da Saúde em 22 de janeiro de 1986, graças ao trabalho memorável de feministas brasileiras. Em 1990, sob a coordenação da Rede de Defesa da Espécie Humana (REDEH), foi iniciada uma campanha de busca e apoio às vítimas do Norplant. Os danos até hoje não obtiveram reparação.

Os testes na anticoncepção hormonal constituem as maiores e mais longas experimentações em seres humanos, cujos resultados ainda não sabemos exatamente quais são. Sabemos que a anticoncepção hormonal é eficiente para impedir a fecundação, porém não é inócua e nem segura. Nada de novo foi inventado/descoberto pós pílula de Pincus e Rock que, como sabemos, foi comercializada sem cumprir as normas de segurança para a liberação para uso humano de novos fármacos e sem estudos sobre as mortes ocorridas durante a pesquisa.<sup>22</sup>

Em 24 de junho de 1992, por ocasião dos 20 anos de um programa internacional de reprodução humana, em Gêneve,

---

<sup>21</sup> ISRAEL, Giselle e DACACH, Solange. *As rotas do Norplant: desvios da contracepção*. Rio de Janeiro, Rebeh, 1993.

<sup>22</sup> Em 1956 a pílula foi testada em mulheres pobres de Porto Rico: 132 mulheres ingeriram a pílula durante 12 meses seguidos. De 718 mulheres que utilizaram a pílula durante menos de um ano, cinco faleceram. Sabe-se que durante a pesquisa elas não foram examinadas nenhuma vez. As causas de tais mortes não foram apuradas. Os hormonais injetáveis (divulgados como “a última novidade”) foram descobertos na década de 60.

Suíça, foi divulgada uma análise sobre os números de 25 anos de contracepção no mundo. Os pontos principais são:

1. Consolida-se o modelo de família pequena e cada vez menor – 50% dos casais no mundo, em 1992, recorriam a alguma medida contraceptiva (contra 9% entre 1965/70), situação esta que se revela por uma queda progressiva da taxa média de fecundidade. Em 1970, nos países em vias de desenvolvimento a média de filhos por mulher era de 6,1; em 1992 era de 3,2 e espera-se que no ano 2000 seja de 3,1;

2. Cada vez mais pessoas fazem contracepção; entre 1960 e 1965, 31 milhões de pessoas faziam contracepção. Em 1992 este número chega a 380 milhões. Estima-se que no ano 2000 atinja-se a casa dos 560 milhões. Esse incremento numérico significativo é devido, sobretudo, à “aceitação” da moderna anticoncepção nos países do Leste Asiático, onde no período de 1960-65 apenas 18 milhões de pessoas controlavam sua fecundidade, e em 1992 este número era de 217 milhões. Cerca de 70% dos casais no mundo fazem uso da anticoncepção;

3. Consolida-se a indução à esterilização cirúrgica. O relatório detecta uma estagnação da contracepção oral (pílula) e um aumento da esterilização cirúrgica (ligadura de trompas e vasectomia), particularmente na Índia e na China, e que nos países pobres a esterilização de mulheres ocupa o primeiro lugar no controle de fertilidade, muito à frente do segundo lugar, ocupado pela esterilização masculina e a pílula. A camisinha é o meio menos utilizado, juntamente com a tabela e o coito interrompido, muito embora tenha aumentado muito o uso da camisinha com o advento da epidemia HIV/aids. Nos países ricos o coito interrompido ocupa o primeiro lugar entre os métodos, seguido de perto pela camisinha. A contracepção hormonal (a “pílula”) é a penúltima das opções e a esterilização cirúrgica é a última e com uma taxa irrisória em relação aos demais métodos.

4. O aborto representa entre 9% a 13% das formas de evitar a gravidez indesejada. Segundo a Organização Mundial de

Saúde, em 60% dos países as pessoas (leia-se: mulheres) têm acesso fácil à “contracepção moderna”, gastando apenas 1% dos seus salários. Muito embora este dado seja real, os abortos provocados estão entre 36 e 56 milhões, dos quais 15 a 22 milhões são realizados na clandestinidade e feitos principalmente em países onde o aborto é criminalizado.

### **Qual caminho precisamos trilhar?**

#### **Qual o caminho possível?**

Tanto a anticoncepção quanto a concepção catalogadas como artificiais apresentam problemas de natureza bioética na prática médica e na pesquisa biomédica. É verdade que algumas vezes podemos fazer distinção entre um procedimento terapêutico, como uma prática estabelecida – embora nem sempre confiável – e uma pesquisa. No entanto, nas questões de procriação o imbróglio é complexo. Muito do que é vendido e apresentado no mercado como tratamento curativo ainda não o é! Se este é o contexto no qual convivemos com as biotecnologias de procriação, em meio a tudo isso temos de viabilizar o desejo e o direito das pessoas – dentre estas as mulheres – ao exercício pleno da sexualidade. Temos ainda de lutar para que a autonomia das pessoas seja respeitada e que os Estados cumpram a sua parte: zelar pela liberdade reprodutiva de suas cidadãs e de seus cidadãos e propiciar as condições sociais e materiais para a realização de qualquer destas opções.

Com certeza ainda estamos longe destas aspirações, que são direitos consagrados em muitos instrumentos internacionais e em algumas leis nacionais, porém há que se encontrar um caminho que nos leve a tornar realidade as necessidades de cidadania.

Tenho a opinião de que algumas ferramentas pensadas pelo movimento bioético poderão dar conta de aproximar o sonho da vida, ainda que parcialmente. Refiro-me em especial

às/aos Comissões/Comitês de Ética Hospitalar, de Ética em Pesquisa e de Bioética, que surgiram para implementar o controle social e ético sobre a prática médica, sendo que as primeiras são corporativas (exclusivas da categoria médica) e expressam o “monitoramento” do exercício profissional entre parceiros/as. As de Ética Hospitalar, surgidas na década de 1960, Seattle, EUA, embora sejam originárias do sentimento e posturas humanitárias de setores da categoria médica diante das preocupações com os novos problemas surgidos com a inexorável tecnologização da medicina, têm como ênfase o compartilhar de decisões com outros setores da sociedade. Portanto, participam das CEH pessoas leigas em medicina. O mesmo ocorre com as Comissões de Ética em Pesquisa (CEP), que têm como esteio a dignidade humana e visam a implementação do consentimento livre e esclarecido na pesquisa envolvendo seres humanos, como fundamentos indispensáveis à eticidade nas investigações científicas.

No Brasil, a Resolução 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos é explícita e categórica quanto à necessidade da participação do/a usuário/a nos CEPs (item VII.4.) e na análise de protocolos de pesquisas para que a pesquisa seja considerada ética. (item VII.6).

Na década de 1980 as Comissões de Ética Médica, as Comissões de Ética Hospitalar, as Comissões de Ética em Pesquisa e as Comissões de Bioética, como necessidades éticas das instituições da área de saúde (serviços, ensino e pesquisa), se firmaram em espaços de produção acadêmica quase alternativos.

Nos anos 90 assiste-se, no mundo, a um desenvolvimento admirável destes espaços de controle social e ético. Atualmente até os governos (locais, nacionais e blocos de governos) são seduzidos e se rendem aos encantos da bioética reconhecendo a necessidade de regulamentar as questões concernentes à ética da vida. Muitos têm criado Comissões Nacionais de Bioética plurais, cujo caráter mais perceptível é o

de serem fóruns consultivos, educativos, de proposição de normas sobre os assuntos da ética da vida, e alguns agregam às demais funções o poder deliberativo.

Por fim, se de um lado a compreensão da anticoncepção hormonal encontra-se popularizada como uma “boa prática clínica” e parece que não é mais possível alocá-la na condição de vigilância de pesquisa, temos de encontrar formas de lutar para que:

1. Se produzam anticoncepcionais mais seguros e inócuos;

2. Haja financiamento para o desenvolvimento de estudos que monitorem os efeitos colaterais, pelo menos os “mais gritantes”, da pílula, a exemplo das três grandes pesquisas de coortes realizados na década de 70, que mostraram um risco aumentado de doenças do sistema circulatório associado ao uso da pílula<sup>23</sup>; assim como mais verbas para estudos/monitoramento sobre a denominada contracepção de emergência;

3. Haja continuidade de pesquisas sobre a provável associação de uso prolongado da pílula com o câncer de mama<sup>24</sup>;

4. Haja prudência científica e ética no caso das mulheres hipertensas, diabéticas, falcêmicas, e portadoras de miomas, para as quais a anticoncepção hormonal e o DIU são polêmicos, de modo que, na dúvida, tais pessoas não sejam submetidas a qualquer método sobre o qual paire alguma controvérsia sobre os riscos para a saúde e a vida.

Os quatro tópicos mencionados constituem uma agenda mínima e indispensável para a garantia de uma atitude bioética

---

<sup>23</sup> *The Boston Collaborative Drug Surveillance Programme*, 1973, *The Royal College Study*, 1978 e *Petitti*, 1979. Citado em MOLINA, Aurélio. Op.cit.

<sup>24</sup> Kay&Hannaford, 1988; Stacel *et alii*, 1988; Miller *et alii*, 1989. Citado em MOLINA, Aurélio. Op.cit.

quanto à anticoncepção hormonal, constituindo uma agenda inegociável.

Quanto à Procriação Medicamente Assistida, o mínimo que podemos fazer é exigir que as populares “Clínicas de Reprodução Humana” constituam Comissões de Ética Hospitalar (ou... talvez o mais apropriado fosse mesmo de Ética em Pesquisa, já que o que se faz nelas é pesquisa!) e impulsionar estudos e consolidar o monitoramento social e ético sobre as inovações e a criação de técnicas; efeitos colaterais das NTRC sobre a saúde física e mental das mulheres; a sanidade física e mental dos “bebês de proveta”; estudos sociológicos sobre as alterações nas relações familiares (mãe/pai social e biológicos; mães incubadoras por solidariedade e “aluguel”).

Quando falamos sobre NTRC não podemos deixar de alertar sobre os aportes gerados pelos saberes oriundos do Projeto Genoma Humano, sobretudo via seus resultados mais imediatos – os “kits de diagnósticos genéticos” – o que traz à tona as imensas preocupações de ordem moral e ética na área da medicina fetal, da genética e da clonagem, sob a égide da engenharia genética e o biopoder decorrente da manipulação da vida.