

O NINHO VAZIO: A DESIGUALDADE NO ACESSO À PROCREAÇÃO NO BRASIL E A BIOÉTICA

The empty nest: bioethics and the inequality in the access to procreation in Brazil

Marlene Braz

Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

braz@iff.fiocruz.br

Fermin Roland Schramm

Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

roland@ensp.fiocruz.br

Resumo: Os autores abordam a problemática do acesso da população de baixa renda às novas tecnologias de reprodução (NTR) apontando para as importantes questões bioéticas implicadas. Foram utilizados fatos veiculados pela mídia escrita, a Resolução Conselho Federal de Medicina - CFM nº 1.358/92 e os princípios éticos da autonomia e da justiça para a discussão do tema. A reflexão feita revela a carência de um debate ético e jurídico aprofundado e a necessidade de encontrar soluções para colocarmos fim à omissão do Estado em relação a esta população e aos deslizes éticos cometidos pelos médicos em instituições públicas.

Palavras-Chave: Bioética. Reprodução assistida. Acesso aos serviços de saúde. Autonomia. Justiça.

Abstract: The problem of access to new reproductive technologies (NRT) by low income populations is discussed by the authors, that point to important bioethical issues. Written media events, the Resolução Conselho Federal de Medicina - CFM nº 1.358/92 (CFM Resolution), and the ethical principles of autonomy and justice were used to highlight the subject discussion. The lack of a thorough ethical and legal debate; the need of finding solutions to the State omission, as far as those populations are concerned; as well as ethical faults committed by doctors in public institutions, were disclosed.

Key words: Bioethics. Assisted reproduction. Access to health services. Autonomy. Justice.

A reprodução humana nunca foi algo puramente biológico, mas também cultural, pois nela participam aspectos emocionais, físicos, religiosos e sociais. De uma reprodução imposta pela natureza ao *Homo sapiens*, até uma reprodução controlada e medicalizada, passaram-se muitos milênios. Por isso, o desejo da maternidade nas mulheres só foi objeto de interesse muito recentemente. Acreditava-se num instinto materno e que toda mulher teria como missão fundamental de sua vida gerar filhos para o homem, para a comunidade, para a sociedade e, mais, deveria amá-los. Badinter, assim como Ariès concluem que a família como a conhecemos hoje, é fruto de um determinado contexto social e que tanto o desejo da maternidade quanto o amor dedicado aos filhos são uma construção sócio-cultural (BADINTER, 1996; ARIÈS, 1996).

A "revolução do feminino", antecipada por Freud ao distinguir sexualidade e reprodução humana e gestada durante o século XX, teve seu apogeu nas décadas de 1960 e 1970. Nesta revolução, conduzida pelas mulheres e com o auxílio dos avanços das tecnologias reprodutivas de prevenção e interrupção da gravidez, finalmente a mulher "apropriou-se" de seu corpo: ele lhe pertencia e só ela poderia decidir se e quando teria filhos. Desde então, os métodos contraceptivos (principalmente a pílula) e o aborto, conquistados duramente pelo movimento feminista, tornaram-se realidade em muitos países. Junto a esta conquista houve outras, dentre as quais: o direito de votar, de estudar, de trabalhar; enfim, uma gama de direitos que foram se expandindo até os dias atuais, nos quais a assimetria de gênero passa a ser o foco de discussões nos mais variados âmbitos.

Todos estes avanços no campo dos direitos da mulher têm trazido à tona outras questões ora em debate, quais sejam: a postergação da maternidade, a tripla jornada de trabalho feminino (trabalho, casa, filhos e marido), a mudança do papel masculino, a paridade de salários entre homens e mulheres, dentre outras.

Interessa-nos aqui tratar do direito da mulher em ter filhos na atualidade. Tal questão é pouco aprofundada, principalmente quando se trata da população pobre de nosso país. Partindo de alguns estudos e de fatos veiculados pela mídia, objetivamos refletir sobre as questões relacionadas à reprodução medicamente assistida ou como são denominadas as Novas Tecnologias de Reprodução (NTR), em relação à população que a elas não tem acesso em função de seu alto custo.

O Problema da Infertilidade

A infertilidade é hoje considerada um importante problema de saúde, à diferença de outras épocas, em que a “reprodução humana era uma manifestação exclusiva da vontade de Deus e, portanto, seria inadmissível sua discussão pelo homem [pois a] interferência humana no processo reprodutivo constituía uma agressão à vontade de Deus” (NETO & JÚNIOR, 1998). Em função disto, as pessoas teriam que se conformar com seu destino e nada, ou quase nada, podia ser feito para reverter esta situação. Atualmente, com as NTR, vemos uma mudança na percepção deste “destino”, antes considerado inexorável.

A infertilidade que pode afetar um dos pares ou o casal implica, muitas vezes, em conflitos, que podem levar até o rompimento do casamento. Sabemos, hoje, que a decisão de engravidar e ter filhos não é um processo simples, pois envolve vários aspectos, já apontados. Este problema afeta de 8% a 15% dos casais em idade reprodutiva (DIAZ *et al.*, 2002). No Brasil, segundo o último censo do IBGE, 10 milhões de pessoas em idade fértil têm dificuldades para engravidar (COLLUCCI, 2003a), e isso constitui, certamente, um problema relevante de saúde pública e, também, um problema moral, que a bioética deve enfrentar. Com efeito, mesmo que possamos concordar que a superpopulação mundial é uma questão grave com a qual o mundo se defronta não se pode ignorar que a infertilidade tornou-se um sério problema em vários países, onde, pelas mudanças sociais e científicas ocorridas nos últimos 40 anos, a gravidez deixou de ser, em muitos casos, o primeiro objetivo do casamento e foi, cada vez mais, postergada para uma idade avançada, quando o “relógio biológico” já é desfavorável à mulher. Além disto, os homens inférteis que vivenciam o problema tendem a identificá-lo com “pouca masculinidade” (NEVES & NETTO JÚNIOR, 2003; COLLUCCI, 2003b).

Com o advento das NTR e a adesão a elas, novas questões e dilemas se colocaram, não só para a sociedade como também para o aparato jurídico. De fato, normas mais liberais, mas também leis rígidas foram elaboradas. A questão colocada para o direito e para a bioética não está tanto na tecnologia em si, mas em sua aplicação, que acaba por suscitar outras, que demandam decisões jurídicas, no sentido de traçar balizas para a liberdade de procriar e os direitos e limites previstos em lei:

“O papel crescente dos governos nacionais nas instituições de saúde (...) tem-se estendido também ao controle da doação e disposição dos

gametas e embriões humanos. Desta forma a tecnologia reprodutiva se converte numa desculpa para fomentar duas tendências: a já presente 'medicalização' da reprodução e a 'judicialização' da gravidez" (DIAZ *et al.*, 2002).

Em todos os países onde as técnicas de reprodução medicamente assistidas são utilizadas, numerosos problemas de natureza ética e legal surgiram, o que implicou na necessidade de criar novas leis ou modificar as já existentes, no intuito de dar conta dos aspectos relacionados à filiação, herança, paternidade, maternidade, como também aos direitos de família e os direitos à vida (DIAZ *et al.*, Op. cit.).

Não podemos, por outro lado, ignorar as repercussões pessoais da infertilidade em nível privado, tais como: baixa auto-estima; depressão; e dificuldades emocionais, refletidas quer nas relações do casal quer nas relações interpessoais, como também no trabalho. Frente a isso, a definição de saúde, formulada pela Organização Mundial da Saúde OMS como completo bem-estar biopsicossocial, não é atendida e, portanto, podemos considerar a infertilidade como um problema de saúde a ser solucionado de acordo com as técnicas reprodutivas existentes.

Esta posição pode ser contraposta a outra, escorada na lógica utilitarista, que argumenta que em países como o nosso, com recursos escassos e outros graves problemas que afetam negativamente o bem-estar da população como um todo, dever-se-ia priorizar políticas públicas de saúde capazes de enfrentar e solucionar outras patologias, consideradas mais importantes do ponto de vista do cálculo geral da utilidade social, devido ao fato de afetarem um maior número de pessoas.

Aspectos Morais e Jurídicos

A bioética, desde seu surgimento nos anos 1970, debateu e ponderou princípios morais norteadores das pesquisas médicas e dos tratamentos. Em sua versão principialista, propôs o modelo dos quatro princípios *prima facie* da beneficência, da não-maleficência, da autonomia e da justiça, considerados fundamentais e universais quando aplicados às práticas humanas no campo das ciências, das técnicas da vida e da saúde. Interessa, aqui, nos determos nos princípios da autonomia e da justiça, pois consideramos que, apesar de todos os princípios estarem envolvidos quando tratamos do acesso à saúde

reprodutiva, autonomia e justiça têm prioridade léxica sobre os outros dois, isto é, adquirem peso maior.

Com efeito, numa democracia todos os cidadãos são - ou deveriam ser - considerados iguais, recebendo o mesmo tipo de consideração, isto impediria – teoricamente –, a exploração de uma pessoa por outra, pois cada interesse individual só pode, por princípio, contar como um interesse, igual a qualquer outro interesse individual. Disso decorre – pelo menos numa visão utilitária – a igual consideração de cada interesse, isto é, a igualdade democrática. Para muitos, a palavra “interesse” talvez tenha uma conotação negativa, por supostamente implicar numa visão puramente econômica da questão. Podemos, portanto, falar em “dignidade pessoal” e dizer que é a dignidade da pessoa humana que está em jogo. Neste caso, podemos pensar também que a dignidade humana implica na possibilidade do exercício da autonomia pessoal; logo, em um regime democrático, a autonomia pode ser vista como respeito à liberdade de escolha e de decisão do paciente. Já a justiça pode ser vista de diferentes modos, dentre os quais podemos destacar o conceito de justiça como equidade, formulado em nossa época por Rawls, com o sentido de garantir a igualdade das oportunidades relativas a bens primários e a redução das desigualdades pela ampliação de oportunidades aos menos favorecidos (RAWLS, 1997). Em suma, as desigualdades persistentes devem ser priorizadas nas políticas públicas que visem uma maior justiça social, no sentido de promover uma maior igualdade entre os membros do corpo social, implementando inclusive medidas compensatórias em prol dos menos favorecidos.

Assim, tendo definida as ferramentas conceituais que pretendemos utilizar, podemos comentar o que a Constituição Brasileira estabelece no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, considerado um direito do cidadão.

Em relação ao nosso tema - a reprodução medicamente assistida - não se tem ainda um ordenamento jurídico maior. Até agora a referência tem sido somente a Resolução nº 1.358/92, do Conselho Federal de Medicina - CFM. Indiretamente, podemos nos remeter à Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar proposto no § 7º do art. 226 da Constituição Federal. O artigo 9º da referida Lei nº 9.263 estabelece:

“Para o exercício do direito ao planejamento familiar, **serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção** e contracepção, cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida das pessoas, garantida a liberdade de opção. [grifo nosso]

Parágrafo Único: A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia" (BRASIL, 1996).

Em que pesem tais garantias asseguradas por Lei, vemos, na prática, esses direitos serem sistematicamente desrespeitados, seja pela carência na oferta dos serviços na rede pública de saúde, seja, com poucas exceções, na oferta de forma eticamente discutível.

Não entraremos nos detalhes de cada modalidade de reprodução assistida - fertilização *in vitro* (FIV); inseminação artificial; variantes da fertilização *in vitro*, criopreservação e "barriga de aluguel" – visto que as técnicas em si não nos interessam aqui. De fato, o que queremos discutir é o aspecto ético da desigualdade no acesso à reprodução medicamente assistida como um todo. O foco de nossa atenção será, portanto, a inacessibilidade de tais técnicas por parte da maioria da população brasileira.

Os Argumentos para a Indisponibilidade das NTR

Para começar, podemos enumerar alguns argumentos amplamente utilizados pelos gestores para não implementar programas de medicina reprodutiva na rede pública:

- a) a falta de profissionais treinados;
- b) o alto custo deste tipo de atendimento em função dos remédios que devem ser ministrados (valor que gira em torno de US\$ 3.500 por inseminação);
- c) o fato, por um lado, da política atual ser a de planejar os filhos e, por outro, a população pobre ter menos condições de criá-los de forma razoavelmente desejável; ou seja, a pouca vontade política de fazer com que as mulheres de tal segmento populacional engravidem a um custo considerado alto, principalmente quando comparado aos benefícios potenciais.

Comentando, em particular o último argumento, Corrêa considera, no entanto, que essa tendência pode se reverter:

"No caso brasileiro (...) as atitudes que cercam em geral o processo reprodutivo - os constrangimentos relativos à infertilidade, o desejo de filhos e de constituição de uma família - levam a crer que a procura pela reprodução assistida deve aumentar. Notadamente se esses serviços

tornarem-se acessíveis, principalmente do ponto de vista econômico, a uma parcela menos limitada da população, contrariamente ao que ocorre na atualidade [visto que] a liberdade individual, motor da demanda por reprodução assistida, é limitada, antes de mais nada, por fatores econômicos" (CORRÊA, 2001).

Na realidade, para esta autora, a demanda das mulheres no Brasil não é espontânea, e sim induzida pelos médicos, o que não quer dizer que recorrer às NTR "não seja amplamente aceito e bem-vindo, visto que a reprodução assistida responde a um desejo de ter filhos e família, projeto altamente valorizado" (CORRÊA, Op. cit.).

Para Oliveira, as NTR:

"propiciam a materialização de desejos sexistas, racistas, eugênicos e potencializam a exploração de classe, basta que se possa pagar por eles. O recorte de classe é o sustentáculo de tais desejos, cujas decorrências nefastas são: a exploração de classe (mulheres/casais ricos custeiam o 'tratamento' das pobres e assim se livram de parte da super-hormonização e obtêm óvulos)" (OLIVEIRA, 2001).

Como a doação de gametas entre parentes é proibida pelo CFM por ter que ser anônima para preservar a identidade dos doadores e evitar o comércio, de fato é sempre possível, "comprar" os óvulos de que se necessita. A autora diz que:

"a solução mais simples usada pelas clínicas de fertilização é estimular acordos entre suas pacientes: as que têm maridos em tratamento, mas possuem óvulos saudáveis, doam gametas para casais em que a mulher é infértil. Em troca, têm o tratamento custeado pelo casal receptor" (OLIVEIRA, Op. cit.).

A *International Conference on Population and Development* sobre a saúde reprodutiva também considera que:

"Saúde reprodutiva é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades. Em todos os casos relacionados ao sistema reprodutivo e ao estado de suas

funções deveriam ser tomadas medidas apropriadas que assegurem acesso universal aos serviços de saúde incluindo aqueles relacionados com a saúde reprodutiva" (MONARES, 1999).

Apesar das recomendações internacionais, de nossa Constituição e das normas que regulamentam a reprodução assistida, pouco tem sido feito no Brasil para atender efetivamente os casais inférteis que demandam aos serviços de saúde pública a oportunidade de engravidar e respeitar, assim, o direito ao acesso universal aos meios de reprodução assistida. De fato, o sob o ponto de vista ético, é grave a situação quando abordamos o tema da reprodução assistida, mesmo quando realizada em clínicas particulares. E isso não é de hoje, visto que, já em 1996, o jornal *Folha de São Paulo* trouxe uma matéria intitulada: "Clínicas de fertilidade no Brasil violam a lei", na qual se afirmava:

"Grávida de trigêmeos decide eliminar dois embriões e o médico diz 'Ok'. Pai de três meninas quer porque quer um menino e o médico diz 'tudo bem, podemos fazer escolha de sexo'. Solteira aos 40 quer ter um filho sem precisar de homem e o médico diz: 'É possível. Temos banco de esperma'. (...) O cliente paga e tem quase tudo o que quer. O médico embolsa e faz o que quer. Poderia ser o melhor dos mundos não fosse um detalhe: reprodução envolve genética e pode tanto ajudar um homem estéril a ter filhos como um maluco a inseminar 70 mulheres com seu sêmen, como aconteceu nos EUA. (...) Nakamura, ex-professor da Unicamp, afirma que as normas do Conselho Federal de Medicina são equivocadas cientificamente, mas que são melhores do que nada. O problema é que diverge filosoficamente de seus princípios. 'O desejo do casal está acima de qualquer lei', defende" (FOLHA DE SÃO PAULO, 1996).

Os meios de comunicação têm historicamente desempenhado um duplo papel: o da denúncia e o da popularização de técnicas. Silva realizou pesquisa referente a matérias publicadas em jornais de grande circulação no país para estudar a representação dos casais inférteis. Esse trabalho revela a imagem de desespero dos casais frente à infertilidade e a percepção de que as técnicas de reprodução assistida seriam simples e inócuas, revelando o alto grau de confiança na ciência e na medicina para resolução de dificuldades (SILVA, 1991). A pesquisa mostra também que os casais acreditam que a

única opção para quem não tem filhos é a inseminação artificial. De fato, há uma verdadeira mistificação em torno da técnica, considerada um milagre realizado por médicos "santos" (SILVA, Op. cit.). Em relação a esta pesquisa de Silva, as reportagens sobre o tema mostravam a inseminação como:

"um processo muito simples, indolor e isento de traumas, medos e ansiedades; nenhuma reportagem faz alusão ao sofrimento ou ao sacrifício exigido das mulheres que se submetem a estas técnicas; a sexualidade se vê afetada durante o processo, porém este dado não é citado; os casos 'exitosos' são generalizados como se toda tentativa terminasse num filho; e não se faz alusão aos abortos que ocorrem durante o processo e muito menos aos casos cujas tentativas não levam a nada" (DURAND & SALINAS, 1996).

Naquela reportagem também não há referências aos índices de fracassos que, de fato, são altíssimos. A notícia fala que o êxito é de 25%, podendo chegar a 33% com técnicas mais avançadas. Outros autores falam de êxitos em apenas 8 a 10% dos casos (CHATEL, 1995; TUBERT, 1996). Este número menor expressa as crianças que realmente nasceram, enquanto que as clínicas computam em seus dados desde a gravidez química (teste positivo para gravidez sem evolução da mesma) até os abortos, como índice de sucesso.

Quando se trata da população de baixa renda, as irregularidades legais e éticas são ainda mais graves. Podemos inferir isto a partir de uma reportagem mais recente, veiculada na revista *Época*. Com o título: "Mercado da Vida: médicos de Brasília retiram óvulos de mulheres de baixa renda para beneficiar clientes ricas de suas clínicas particulares", a reportagem começa:

"Toda manhã de quarta-feira um grupo de mulheres deixa o setor de Reprodução Humana do Hospital Regional da Asa Sul levando em baixo do braço sacos com remédios que não podem comprar. São moradoras de baixa renda das cidades-satélites de Brasília carregando injeções do tratamento de fertilização assistida. Todas querem muito ter filhos, mas têm dificuldades de engravidar. Elas não pagam pelo tratamento, o que confere ao programa ares de obra social. Há, no entanto, uma contrapartida para o benefício. Em troca dos remédios, as mulheres têm de **doar** óvulos. Em recipientes refrigerados, eles são transportados para uma clínica particular, na área nobre da cidade. Lá, são implantados em

mulheres de faixa de renda mais alta com problemas de fertilidade" (ÉPOCA, 2001). [grifo nosso]

A reportagem continua citando que o Hospital Regional da Asa Sul - HRAS, em Brasília, é um dos seis centros do país onde a reprodução assistida é feita na rede pública. Informa também que os proprietários de uma clínica de reprodução assistida naquela cidade, criaram alternativa que conjuga seu trabalho na rede pública e seus interesses particulares. Primeiro captam as mulheres no setor de tratamento de infertilidade do Hospital Regional da Asa Norte - HRAN, onde é utilizada técnica para desobstruir as trompas em conjunto com medicação barata para aumentar a produção de óvulos. Como o Hospital não possui laboratório para fazer o tratamento avançado da reprodução assistida, essas mulheres são encaminhadas para a clínica e lá, em troca de óvulos, ganham os remédios. Consultado, pelo repórter, um representante do CFM, afirma: "Se o recebimento dos remédios for encarado como um pagamento ou troca de favor, é incorreto" (ÉPOCA, Op. cit.).

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre são realizadas cerca de 350 fertilizações ao ano, e lá não se faz trocas. No entanto, o chefe do setor de Reprodução deste Hospital defende o escambo de seus colegas de Brasília, dizendo: "Em alguns casos, o compartilhamento é louvável, por ajudar pessoas sem condições de comprar medicamentos" (ÉPOCA, Op. cit.).

Já no Hospital Pérola Byington, da Secretaria de Saúde de São Paulo, que fertiliza cerca de 95 mulheres por mês, todas as mulheres recebem os remédios e o tratamento gratuitos. O diretor da Reprodução Humana do Hospital é contra a permuta: "Sabemos que as pacientes fazem de tudo para ter filhos e, ao sugerir a troca, estaríamos fazendo uma espécie de coação. Não posso concordar com isto" (ÉPOCA, Op. cit.).

Análise Bioética

As divergências de opinião relatadas mostram que o problema da reprodução assistida, quando referido a quem de fato tem acesso a ela, implica em graves conflitos morais, pois ter acesso ou não, envolve questões relativas tanto à justiça distributiva, e, portanto, à igualdade de oportunidades, como à autonomia pessoal, visto que a liberdade de procriar está limitada pela troca de favores. Com isso, a reprodução assistida se torna um problema da bioética, pois esta, reconhecidamente, se ocupa de conflitos e dilemas morais

que surgem no âmbito das práticas humanas que se referem à qualidade de vida e à saúde, logo, também a práticas que se referem à reprodução e ao começo da vida.

Por outro lado, tais divergências mostram que se trata, também, de um problema que diz respeito ao Direito, pois, como apontamos, as práticas de reprodução assistida infringem as normas e a própria Constituição. De fato, as graves irregularidades que ocorrem em nosso país neste campo, não são punidas. O Artigo IV, § 1 da Resolução CFM n.º 1.358/92 dispõe que a "doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial", sem, no entanto, definir o que é caráter lucrativo ou comercial.

Estas práticas ilegais parecem ser comuns no Brasil, ocorrendo às claras, o que só pode significar a certeza da impunidade. Como diz Oliveira, as clínicas de reprodução vendem óvulos sob a capa de doação voluntária:

"...usando a má fé de explorar o desejo de mulheres/casais pobres de obter um(a) filho(a). Diante da vulnerabilidade conferida pela pobreza, os capitães da indústria de bebês de proveta usam o poder de Deus, do qual estão investidos, e obtêm óvulos de modo espúrio. O governo brasileiro faz vistas grossas e é co-autor de tanta imoralidade, pois permite serviços de reprodução assistida em hospitais públicos sem lhes fornecer condições adequadas de trabalho e os insumos exigidos - como os remédios necessários para maturar óvulos à força" (OLIVEIRA, Op. cit.).

Como visto, há muitos aspectos legais envolvidos nas NTR. Entretanto, interessa determo-nos às questões já sinalizadas: os temas da autonomia e da equidade. Se julgarmos moralmente errado o que vem ocorrendo nas clínicas de infertilidade, algumas perguntas de cunho moral devem guiar a reflexão. Elas implicam em saber se a doação de óvulos das mulheres pobres pode ser considerada moralmente legítima, pois respeitaria o exercício da autonomia reprodutiva. Acreditamos que não, já que há questionamento tanto sobre a efetiva autonomia exercida, quanto sobre a atuação dos profissionais envolvidos. Se há um consenso sobre a não eticidade do procedimento (de fato uma troca de favores), pode-se apenas justificar tal prática pela possibilidade dos benefícios? Admitamos que sim, mas, neste caso, os meios justificariam os fins? Também, admitindo que sim, será que é feito um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por escrito e assinado por essas mulheres, como dispõe a Resolução CFM n.º 1.358/92? Em outros termos, podemos ver estas doações como coações? Se sim, então estaríamos

desrespeitando o direito ao exercício da autonomia pessoal em matéria reprodutiva, visto que não teríamos um consentimento autêntico. Ademais estaríamos violando um direito, garantido pela nossa Constituição. Com efeito, em relação à autonomia e de acordo com Durand:

“Em situação normal, em face a um adulto capaz de dirigir sua própria vida, o princípio de autonomia exige o seu consentimento a todo tratamento médico e a todo ensaio experimental. O direito toma um valor ético quando proclama: ‘A pessoa humana é inviolável. Ninguém pode invadir outra pessoa sem seu consentimento’ (Código Civil de Québec, artigo 19)” (DURAND, 1995).

Assim sendo, acreditamos que no caso das mulheres de baixa renda, o exercício da autonomia está prejudicado já que só lhes resta doar os óvulos se quiserem ter acesso à tecnologia desejada. E isso constitui abuso de poder, senão crime, pois a troca não é feita livre e espontaneamente, mas sob constrangimento e baseada na desinformação. De fato, se as pessoas tivessem acesso à informação pertinente saberiam que, constitucionalmente, têm o direito à medicação necessária para seu tratamento sem ter que barganhar tal direito dando, em troca, algo que lhes pertence e que concedem apenas para garantir o acesso à tecnologia reprodutiva. Se não recorrem à justiça por desconhecer seus direitos pode-se pensar que se soubessem recorreriam, criando assim um desequilíbrio, principalmente nas contas municipais e estaduais, como decorrência de despesas orçamentárias não previstas.

Mas, então, qual é o papel do Estado neste campo? Por que o Estado não prevê concretamente o acesso? Uma das respostas possíveis é que não se estaria privilegiando este procedimento. No entanto, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, criado em 1983 pelo Ministério da Saúde, prevê o direito à anticoncepção e à concepção, acompanhando a política de saúde mais ampla que é voltada a dar toda a atenção aos métodos contraceptivos, o que, sem dúvida, também tem sido o aspecto mais enfatizado pelas feministas.

Agora, num país em que os índices de esterilização das mulheres alcançam níveis inaceitáveis, como informa o banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS a partir de dados de 1996, não é difícil prever que também o acesso à informação sobre os métodos contraceptivos é falho ou ineficaz:

"a porcentagem de esterilização feminina, entre as mulheres em idade fértil, era de 27,3%, ou seja, uma mulher esterilizada em cada quatro deste grupo etário (...) o percentual de laqueaduras era próximo de 50% quando se consideram somente as mulheres de 30 anos e mais de idade" (DATASUS, 1998).

Assim, mulheres que querem um ou dois filhos vêm na laqueadura tubária o único procedimento de fato capaz de impedi-las de procriar. Ocorre que as condições de vida podem mudar: ou morre o único filho ou ocorre um novo casamento e, nestes casos, estas mulheres esterilizadas podem se arrepender e querer voltar atrás. Assim, esgotada a técnica cirúrgica tradicional, elas também querem a inseminação. Algumas nunca conseguiram engravidar; outras tantas sofreram seqüelas de abortos ou de doenças sexualmente transmissíveis, o que as deixou estéreis. Todas podem querer engravidar e, nesse caso têm o direito de recorrer à reprodução assistida, mas o Estado lhes nega, de fato, o acesso, embora não possa fazê-lo de *jure*, visto ser inconstitucional. Tal negativa pode ser vista como uma estratégia cujo foco é o interesse em não aumentar a população, sobretudo a de baixa renda, o que é pelo menos questionável.

Conclusão

Mas qual é o papel legítimo de um Estado democrático em uma sociedade caracterizada por profundas e moralmente questionáveis desigualdades? Como deveria atuar para equacionar o direito individual ao exercício da autonomia, inclusive reprodutiva; a equidade e os inevitáveis limites orçamentários nos programas de saúde, quando ponderados junto com outros bens considerados essenciais e que também requerem recursos, reconhecidamente finitos, quando não escassos? De fato:

"(...) não é moralmente válido, ainda que talvez economicamente compreensível, adaptar princípios éticos a situações locais quando traz, por conseqüência, a probabilidade de abandonar a população e os indivíduos mais vulneráveis a um destino determinado por mera 'seleção natural', como se essa não fosse também uma seleção econômica e política, o que seria, nas palavras de um filósofo norte-americano, uma autêntica tirania da esfera econômica sobre as demais" (SCHRAMM & KOTTOW, 2000).

Os problemas aqui apontados mostram a necessidade de questionar o controle, regulação, fiscalização, legislação e a ética da reprodução assistida. Com efeito, o controle sobre os resultados, os registros e a quase ausência de pesquisas nesta área no Brasil, não impedem que se deva, com urgência, enfrentar essa problemática, inclusive do ponto de vista da bioética, a qual apesar de alguns exemplos contrários, tem abordado a questão de maneira que consideramos insuficiente (SIMPÓSIO, 2001). Convém também lembrar que o fato desta técnica estar disponível em sua quase totalidade no setor privado tem impedido a investigação por parte de pesquisadores, já que, em nome da privacidade da informação, não se tem acesso a estas clínicas e, muito menos, a seus resultados.

Finalizando, gostaríamos de recomendar que o acesso à reprodução assistida pelas mulheres pobres fosse respeitado, sem o quê, qualquer discussão sobre autonomia e justiça torna-se totalmente sem sentido. Afinal, a bioética é uma ética aplicada e, como tal, deve também dizer o que é correto e o que é errado fazer em situações humanas específicas para melhorar a qualidade de vida de todos e de cada um, inclusive daquelas pessoas responsáveis por colocar no mundo outros seres humanos que poderão concordar, ou não, com os argumentos aqui apresentados.

Referências Bibliográficas

- ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro, Guanabara. 1986.
- BADINTER, E.. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira. 1996.
- BRASIL. LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996. *Do Planejamento Familiar*. <http://www.cfm.org.br/Leis/lei9263.htm>. Acesso em 19/07/2002.
- BRASIL. Esterilização feminina (Laqueadura). DATASUS. *Rede interagencial de informações para a saúde – RIPSAs - indicadores e dados básicos - IDB - ficha de qualificação*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1998/fqf12.htm>. Acesso em 02/06/03. 1998.
- CHATEL, M-M.. *O mal estar na procriação*. Rio de Janeiro, Ed. Campo Matêmico. 1995.
- COLLUCCI, C., Urologistas lançam livro sobre infertilidade masculina. *Folha ONLINE*, de 05/06/2003a.
- _____. *Por que a gravidez não vem?* Rio de Janeiro, Atheneu. 2003b.
- CORRÊA, M. C. D. V. Ética e reprodução assistida: a medicalização do desejo de filhos. *Bioética*, 9(2), 2001. <http://www.cfm.org.br/>. Acesso em 03/06/2002.

DIAZ, J.M., HERNÁNDEZ, J.G., COBIELLA, M. E. C., VILALTA, P.G. & RODRIGUEZ, A.P., *Aspectos éticos y legales de la reproducción asistida*. http://www.cfm.org.br/bancotxt/des_etico/16.htm. Acesso em 03/06/2002. 2002.

DURAND, M.T. & SALINAS, M. L. F. Análisis de la información vinculada a las nuevas tecnologías reproductivas em los medios de comunicación. El caso do diario CLARIN, julio 1994-abril 1995. In: *Procreación: nuevas tecnologías* (Susana E. Sommer, Org.). Argentina, 1996.

DURANT, G. *A bioética: natureza, princípios, objetivos*. São Paulo, Paulus. 1995.

ÉPOCA, Mercado da vida: médicos de Brasília retiram óvulos de mulheres de baixa renda para beneficiar clientes ricas de suas clínicas particulares. *Revista Época*, 22 de outubro de 2001: 92-93. 2001.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Clínicas de fertilidade no Brasil violam lei*. São Paulo. 3º caderno de 11/08/96 :1-3. 1996.

MONARES, M.D. Pobreza, sexualidade e reprodução: entendendo o domínio da vida das mulheres. *ANIS, Revista de Bioética e Gênero*, 1(1):14-15. 1999.

NETO, A.H.P. & JÚNIOR, J.G.F. Reprodução assistida. In: COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V. & OSELKA, G. (Orgs.) *Iniciação à Bioética*. Brasília, Conselho Federal de Medicina. 1998.

NEVES. P.A. & NETTO JÚNIOR, N.R.. *Infertilidade masculina*. Rio de Janeiro: Atheneu. 2003.

OLIVEIRA, M. de F. de. As novas tecnologias reprodutivas conceptivas a serviço da materialização de desejos sexistas, racistas e eugênicos? *Bioética*, 9 (2), 2001. <http://www.cfm.org.br/>. Acesso em 03/06/2002. 2002.

RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo, Martins Fontes. 1997.

RESOLUÇÃO CFM N ° 1.358/92. *Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução*. http://www.cfm.org.br/ResolNormat/Numerico/1358_1992.htm. Acesso em 19/07/2002.

SCHRAMM, F. R. & KOTTOW, M. Nuevos desafios para los Comites de Bioetica en investigación. *Cuadernos Medico Sociales*, XLI (1-2): 19-26. 2000.

SILVA, A. M.M. *Tecnologias reproductivas: a concepção de novos dilemas*. Brasil, ECCOS. 1991.

SIMPÓSIO: Aspectos éticos da reprodução assistida; Schramm, F.R. & Segre, M. (Orgs.). *Bioética*, CFM, 9 (2), 2001.

TUBERT, S. *Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos. 1996.

Recebido em 6/8/2005
Aprovado em 16/8/2005