

Entre o sonho, o tratamento e o vácuo da lei.

Débora Diniz*

Do fracasso da gravidez na alcova ao discurso para curar a infertilidade, brotam novas questões éticas.

Louise Brown nasceu em 1978. Seus pais procuraram auxílio médico após um longo período de tentativas frustradas de gravidez. Um diagnóstico de infertilidade os levou às técnicas ainda experimentais da fertilização in vitro. Entre o nascimento do primeiro bebê de proveta do mundo e a clonagem de Dolly passaram-se 20 anos. Foram décadas intensas para a medicina reprodutiva, a tal ponto que se atribuem poderes quase divinos às novas tecnologias reprodutivas. A origem dessa fantasia científica é difusa - de um lado, mulheres, homens e casais vivendo o sonho do filho biológico; de outro uma medicina lucrativa que vende o sonho da herança biológica. Entre o sonho, o tratamento e o lucro, há um espaço nebuloso para os mais profundos desafios éticos já anunciados pela medicina desde os julgamentos dos crimes de guerra nos campos de concentração.

Um em cada dois casais que procuram um consultório em busca de solução para a falta involuntária de filhos sairá sem diagnóstico. Esses casos são diagnosticados como de "infertilidade sem causa aparente", o que traduzido em termos coloquiais quer dizer "a medicina não sabe explicar a infertilidade". Isso não significa que o casal saia sem a medicalização do futuro filho. Mesmo na ausência de diagnóstico, o regime de hormônios, práticas sexuais e rotinas de controle do corpo têm início em busca da gravidez. É dessa negociação intensa e permanente entre o fracasso da gravidez na alcova, o sonho do bebê e o discurso médico de tratamento para a infertilidade que repousam algumas das inquietações éticas. Não foi por acaso que o primeiro documento ético publicado no Reino Unido após o nascimento de Louise Brown, o Relatório Warnock, justificou a urgência da regulação das novas tecnologias reprodutivas, pois elas tocam em valores centrais à vida social, tais como família, parentesco ou filiação.

Não há lei que regulamente a medicina reprodutiva no Brasil. O que existe é uma norma do Conselho Federal de Medicina que disciplina o ofício médico, mas sem força de lei para estruturar o que é legítimo ou não nesse campo. O primeiro projeto de lei sobre o tema data de 1993 e já são quase uma dezena em tramitação. Há quem conteste a necessidade de lei sobre matéria cuja rapidez da mudança tecnológica desafia qualquer tentativa de regulação definitiva. Mas a aposta é que a lei

* Professora da UnB e pesquisadora da Anis: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero.

venha a disciplinar os marcos éticos da prática médica, deixando para as associações científicas os detalhes sobre melhores técnicas ou procedimentos mais eficazes. Alguns temas estão no topo da negociação legislativa e já provocaram acalorados debates, como o congelamento de embriões excedentes e seu uso para a pesquisa com células-tronco. Outros aspectos centrais à vida social vêm sendo enfrentados pelas bordas do debate democrático, como é o caso do controle da prática médica ou do acesso aos serviços.

O que transforma a ausência involuntária de filhos em necessidade médica? Como se traduz infecundidade involuntária, isto é, ausência de filhos, em infertilidade? Para os casais heterossexuais, a matemática é simples: vários meses com prática sexual ativa desprotegida, sem gravidez, os tornarão elegíveis às técnicas reprodutivas. Mas e o que dizer de uma mulher sozinha? Como classificar um casal de lésbicas ou um casal de homens gays? São casos de infertilidade ou infecundidade? Como garantir o direito ao planejamento familiar, sintetizado no sonho do filho biológico, à mulher sozinha? Como regular os bancos anônimos de esperma? A doação deve ser um ato de altruísmo ou o doador pode ser remunerado? E como regular o uso de óvulos congelados retirados de fetos natimortos? Que técnicas serão consideradas aceitáveis - as homólogas, isto é, aquelas em que o material genético é do casal que busca auxílio médico, ou também as heterólogas, isto é, aquelas em que se faz uso de material genético de terceiros para suprir a infertilidade do casal? Nos casos de doação heteróloga, como se determina a paternidade ou maternidade? Para a Igreja, as técnicas heterólogas devem ser comparadas ao adultério, por isso, banidas de nosso ordenamento social. E para um pacto democrático laico que assume a centralidade da reprodução biológica para a vida social, qual o significado da doação de gametas ou do comércio de embriões?

A verdade é que não temos respostas para essas inquietações. Muitas estão ainda restritas aos centros acadêmicos de reflexão ética, a tal ponto que assumem ares de ficção científica quando ultrapassam os muros das universidades. Grande parte desses conflitos vem ocorrendo sob a proteção do segredo médico e, mais dramaticamente, com a cumplicidade das mulheres e dos casais ansiosos pelo filho biológico. A chegada de um casal a um consultório é um novo estágio no sonho por um bebê. São meses de espera e expectativas pela gravidez que, quando não concretizada, conduzem os casais à medicalização da reprodução. A submissão do corpo à medicina reprodutiva provoca uma separação inusitada entre sexualidade e reprodução - o filho não será gerado na privacidade da alcova, mas com a mediação do médico, um terceiro personagem que se arroga prerrogativas éticas sobre o certo e o errado em um campo onde, até então, o casal era soberano. É

nesse cenário de máxima autoridade médica que rumores sobre abusos, comércio de gametas ou práticas homofóbicas rondam os consultórios dos especialistas em medicina reprodutiva.

Há uma potência médica que se sacraliza pelo sonho do futuro filho. Para os casais, a possibilidade da gravidez minimiza os riscos à saúde, as altas taxas de gemelaridade seriam um efeito colateral necessário, os custos, por sua vez, um sacrifício justificado pelo desejo intenso da reprodução biológica, já que a adoção de um bebê recém-nascido seria uma possibilidade burocrática e remota. A verdade é que há riscos e incertezas nas tecnologias reprodutivas, mas pouco se fala deles. O curioso é que o silêncio não é uma imposição da autoridade médica, mas um acordo tácito entre quem sonha com o filho e o mercado de bebês. A medicina reprodutiva negocia um valor simbólico central à vida social - a reprodução biológica. Ter filhos biologicamente vinculados é mais do que um desejo de exercer a maternidade ou paternidade, pois significa a vinculação a um ideal de reprodução social pela função da família e da filiação, inserindo os indivíduos em uma ordem de parentesco.

É esse mundo de símbolos e desafios éticos que agora se vê confrontado com o avanço da medicalização da reprodução e com a crescente transformação do projeto filial em um produto médico. Não é de se espantar que o rompimento do silêncio venha de mulheres e casais frustrados com a medicina reprodutiva: a falência do projeto reprodutivo os fez ignorar o pacto silencioso, forçando-os a uma redescritção dos riscos à saúde, dos custos dos procedimentos e do vácuo normativo das práticas médicas. Para alguns, as narrativas desses casais devem ser entendidas como queixas pelo fracasso médico, pois retratam o imponderável no campo da saúde e da doença. Mas a verdade é que há uma série de desafios éticos ainda adormecida para o debate público e que somente quem experimentou a frustração pelo sonho de um filho biológico será capaz de anunciar.