



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

TÍTULO: Biotecnologías, tecnologías reproductivas e mercado

Rosana Machin

rmachin@usp.br

Universidade de São Paulo (USP)

Brasil

Maria Helena Oliva Augusto

mhoaugus@usp.br

Universidade de São Paulo (USP)

Brasil

Douglas Mendosa

douglasmendosa@gmail.com

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Brasil



RESUMO

A incorporação de tecnologias médicas voltadas à concepção tem ocorrido de forma acelerada remodelando práticas em saúde reprodutiva. Atualmente, configura um mercado global que movimenta bilhões de dólares envolvendo empresas transnacionais, clínicas de fertilidade, bancos de sêmen, bancos de embriões, agências operando na mediação de material genético de terceiros e de gestação substituta. A biografia social dessas tecnologias, em regra, se desenvolve a partir do setor privado, com pouca regulação ou controle social, favorecendo o estabelecimento de lógicas de mercado. As tecnologias reprodutivas emergiram para tratar a infertilidade auxiliando casais inférteis a conceber, mas essas tecnologias trouxeram novas possibilidades para aqueles que vivem outras formas de relacionamento, com parceiros do mesmo sexo a imaginar a possibilidade da reprodução. Com essa ampliação as técnicas deixaram de estar voltadas para um problema de saúde e passaram a ser disponibilizadas para outras situações em que a reprodução não era possível. Esse contexto ampliado passou a envolver não só múltiplos corpos como também localidades com regulações e práticas variadas, que se interconectam visando suprir o desejo de ter um bebê. Nesse sentido, as tecnologias reprodutivas fazem parte do mercado contemporâneo global no qual o desenvolvimento técnico e contextos normativos específicos podem proporcionar o acesso à fertilidade de terceiros, numa perspectiva inserida cada vez mais numa lógica de consumo de corpos e partes de corpos (biomaterial) envolvida por ideais de autonomia, desejo, escolha e identidade. O enfoque da apresentação é a relação entre a dimensão normativa, os sujeitos habilitados ao uso da tecnologia e o mercado. Para tanto partimos de um estudo que mapeou os serviços existentes no Brasil, suas práticas, população atendida (local e estrangeira) e conexões com o mercado exterior de bancos de sêmen e óvulos (levantamento quantitativo em 80 serviços de reprodução assistida) e a perspectiva dos profissionais de saúde sobre as mudanças em curso no campo por meio de entrevistas em profundidade (n=30). O estudo revela o crescimento e incorporação desse mercado tecnológico com estabelecimento de diferentes dinâmicas de produção, consumo e conexões entre serviços em distintas localidades, considerações relacionadas aos custos envolvidos e disponibilidade das tecnologias.

Palavras chave: biotecnología; tecnologías reprodutivas; mercado reprodutivo



ABSTRACT

The incorporation of medical technologies aimed at conception has occurred at an accelerated rate remodeling practices in reproductive health. Today, it sets up a global market that moves billions of dollars involving transnational corporations, fertility clinics, semen banks, embryo banks, agencies operating in the mediation of third-party genetic material and surrogate gestation. The social biography of these technologies, as a rule, develops from the private sector, with little regulation or social control, favoring the establishment of market logic. Reproductive technologies have emerged to treat infertility by assisting infertile couples to conceive, but these technologies have brought new possibilities to those who experience other forms of relationships, with same-sex partners imagining the possibility of reproduction. With this expansion the techniques were no longer focused on a health problem and became available for other situations where reproduction was not possible. This expanded context has involved not only multiple bodies but also localities with varied regulations and practices that interconnect in order to supply the desire to have a baby. In this sense, reproductive technologies are part of the global contemporary market in which the technical development and specific normative contexts can provide access to the fertility of third parties, in a perspective increasingly inserted in a logic of consumption of bodies and parts of bodies (biomaterial) involved by ideals of autonomy, desire, choice and identity. The focus of the presentation is the relation between the normative dimension, the subjects enabled to use technology and the market. In order to do so, we started with a study that mapped the existing services in Brazil, its practices, population served (local and foreign) and connections with the foreign market of semen and ova banks (quantitative survey on 80 assisted reproduction services) and the perspective of health professionals about ongoing changes in the field through in-depth interviews (n = 30). The study reveals the growth and incorporation of this technological market with establishment of different dynamics of production, consumption and connections between services in different locations, considerations related to the costs involved and availability of technologies.

Keywords

Biotechnology; reproductive technologies; reproductive market



I. Introdução

O campo de estudos multidisciplinares da ciência e tecnologia (*STS – Science and Technology Studies*) observou um rápido crescimento ao longo dos últimos vinte anos, particularmente por meio de estudos voltados à avaliação da ciência e da tecnologia compreendidas como sistemas de conhecimento e prática no âmbito do mundo material e natural. Ciência e tecnologia têm sido percebidas nesse campo como socialmente construídas, numa perspectiva entendida como SCOT (*the social construction of technology*) (BROWN e WEBSTER, 2004), o que implica a negação da ideia de uma narrativa evolucionária, racional e cumulativa marcada pelo triunfo da ciência.

Considerar que a ciência é socialmente construída implica ter por referência a força de questões econômicas, políticas e fatores técnicos num campo marcado por pluralismo e competição entre posições e interesses muitas vezes contrastantes. Nesse contexto o desenvolvimento e a disponibilidade de algumas tecnologias resultam de negociações, de confrontos entre posições distintas no âmbito de empresas (ligadas à pesquisa, desenvolvimento, produção e aplicação de técnicas e produtos), do campo regulatório (Estado, Justiça, Parlamento), de interesses de comunidades específicas (portadores de determinada doença, potenciais beneficiários de alguma técnica ou prática em saúde, corporações profissionais) e de interesses públicos (BROWN e WEBSTER, 2004). Esse quadro também é referido na perspectiva da distribuição espacial e de acesso social desigual às inovações tecnológicas.

Como fenômenos sociais, as inovações em qualquer campo devem estabelecer diálogo com os sistemas sócio técnicos existentes e seu desdobramento e disseminação (mais efetivos ou menos num dado campo) estão mais ligados a isso do que a possíveis atributos específicos da tecnologia em si. Nesse sentido, o desenvolvimento do conhecimento científico tem sido compreendido como um processo não linear, marcado por algumas incertezas, na medida em que inovações em sistemas técnicos estão envolvidas por diversos interesses socioeconômicos, que podem incluir a indústria farmacêutica e de produtos médicos, além da pesquisa intensiva em áreas básicas e de desenvolvimento de equipamentos.



As tecnologias em saúde aplicadas no campo reprodutivo, particularmente visando a concepção, têm sido incorporadas de forma acelerada em diversos contextos socioculturais remodelando práticas e concepções no tocante a filiação, uso de material genético de terceiros, parentalidade, direitos, ideais de autonomia e identidade, entre outros.

Atualmente, essas tecnologias configuram um mercado global envolvendo empresas transnacionais, clínicas de fertilidade, bancos de sêmen, bancos de embriões, agências operando na mediação de material genético de terceiros e de gestação substituta. A biografia social dessas tecnologias, em regra, se desenvolve a partir do setor privado, com pouca regulação ou controle social, favorecendo o estabelecimento de lógicas de mercado.

As tecnologias reprodutivas¹ emergiram para tratar a infertilidade, auxiliando casais inférteis a conceber, mas trouxeram novas possibilidades para aqueles que vivem outras formas de relacionamento, com parceiros do mesmo sexo, a imaginar a possibilidade da reprodução. Com essa ampliação as técnicas deixaram de somente estar voltadas para um problema de saúde e passaram a ser disponíveis para outras situações em que a reprodução não era possível. Esse contexto ampliado passou a envolver não só múltiplos corpos como também localidades com regulações e práticas variadas, que se interconectam visando suprir o desejo de ter um bebê. Nesse sentido, as tecnologias reprodutivas fazem parte do mercado contemporâneo global, em que desenvolvimento técnico e contextos normativos específicos podem proporcionar o acesso à fertilidade de terceiros, inseridos cada vez mais numa lógica de consumo de corpos e partes de corpos (biomaterial) e envolvidos por ideais de autonomia, desejo, escolha e identidade. O enfoque deste texto é a relação entre a dimensão normativa, os sujeitos habilitados ao uso da tecnologia e o mercado, tendo por referência um estudo em curso no Brasil.

¹ Tecnologias reprodutivas (TR) designam algumas tecnologias médicas incluindo, por exemplo, estimulação da ovulação, fertilização in vitro (FIV), inseminação com doador (ID), injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) e são usadas para obter a gestação em contextos nos quais ela não pode ser obtida por relações sexuais. Similarmente é usado o termo reprodução assistida (RA).



II. Marco conceitual

A incorporação de tecnologia em saúde não implica de imediato a garantia de funcionamento, efetividade em sua prática e nas razões esperadas de seu sucesso. A inserção de tecnologias precisa “dialogar” com os padrões e especificidades dos sistemas de saúde (dimensão pública e privada) instalados, visando assegurar a boa condução e o encaminhamento de questões de natureza social e técnica.

A partir da crescente incorporação de inovações tecnológicas no campo da saúde e do crescimento do mercado biomédico de produtos e técnicas, as investigações desenvolvidas numa perspectiva sociológica passaram a compreender a necessidade de não somente promover o estudo, o debate e a reflexão em torno do desenvolvimento tecnológico como de entendê-lo como parte do amplo e complexo contexto das sociedades contemporâneas, marcado pelo crescimento da perspectiva individualista, pelas mudanças referentes ao acesso de leigos à informação e ao conhecimento de caráter técnico-científico e seu engajamento no gerenciamento da saúde e da doença, tensões relativas à promoção econômica de inovações pelo Estado e políticas de regulação, crescimento de questionamentos com relação aos direitos e à disponibilidade de recursos em saúde para atendê-los (HARDEY, 1999; FINKLER, 2000; WALDBY, 2002; FINKLER *et al.*, 2003; WALDBY e MITCHELL, 2006; ROSE, 2007; CLARKE *et al.*, 2010).

A ideia de indivíduos que podem assumir posição mais ativa em questões relacionadas à sua saúde pode ser compreendida a partir da perspectiva contemporânea da medicina percebida como “*commodity*”, como um elemento de escolha disponível num mercado de produtos e serviços constantemente atualizado pela inserção de novas tecnologias voltadas à solução de problemas de saúde existentes ou, muitas vezes, que estão sendo criados ou antecipados pelas próprias tecnologias (PICKSTONE, 1993).

No campo da inovação médica e da inserção de tecnologia, o Estado tem figurado como um ator fundamental, na medida em que não só incorpora diferentes práticas e tecnologias em termos de sistemas nacionais de saúde como, igualmente, exerce um papel central na regulação das políticas do campo, na disponibilidade e avaliação de bens e serviços em termos normativos, na definição da agenda de prioridades e inserção de novas tecnologias, na alocação de recursos, nos



custos e nas possibilidades previstas de financiamento do setor (AUGUSTO, 1986). O papel regulatório e normativo é bastante relevante nessa discussão considerando que a inovação tecnológica em saúde pode acarretar conflitos potenciais. No caso brasileiro, por um lado, temos um setor industrial dinâmico, competitivo e lucrativo, que tem atuado no desenvolvimento de fármacos e equipamentos médicos. Por outro, desde os anos 1970, esse setor tem sido associado ao aumento dos custos do cuidado em saúde. Tentativas de gestores de políticas públicas para regular e diminuir esses custos têm verificado resultados pouco significativos. Importa considerar que, nesse contexto, se articulam tanto questões de ordem política sobre a extensão dos programas de saúde e dimensões econômicas e sociais relacionadas à eficácia e efetividade das ações, como também de ordem clínica (BROWN e WEBSTER, 2004).

No âmbito das tecnologias reprodutivas, importa considerar sua massiva presença no setor privado de saúde com regulação da categoria médica, apesar de haverem frequentes demandas, seja por parte de médicos, seja por parte da população interessada, pela ampliação da disponibilidade dessas técnicas no Sistema Único de Saúde.

É a partir desse registro conceitual que a presente pesquisa investiga o campo de tecnologias reprodutivas voltadas à concepção no Brasil.

III. Metodologia

Os propósitos e características da investigação orientaram a opção pela metodologia mista, de natureza qualitativa e quantitativa. O objeto de pesquisa são os serviços de reprodução assistida no país e as principais implicações de suas práticas no âmbito da tecnologia em saúde, mercado, consumo de serviços médicos e a perspectiva relativa a direitos e iniquidades.

O levantamento utilizou questionário, de corte transversal, com amostra não probabilística e posterior análise estatística multivariada. A unidade de análise são as clínicas/serviços de reprodução assistida no país, visando conhecer sua distribuição, serviços disponíveis, tecnologias empregadas, práticas realizadas, população atendida e formas de financiamento existentes. Optamos pelo uso do Programa *REDCap* um aplicativo baseado na web para a construção e gestão de inquéritos *online* e bases de dados. O questionário abordou caracterização do serviço, do



atendimento e mudanças recentes nas práticas. Para a definição das clínicas a serem investigadas, procedemos ao levantamento dos serviços existentes, a partir do cruzamento de algumas bases de dados: sociedades médicas da área (Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida), RedeLara (Rede Latino Americana de Reprodução Assistida) e SisEmbrio – Registro do Sistema Nacional de Produção de Embriões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Foram enviados 203² questionários no período de setembro de 2016 a agosto de 2017. Destes houve 2 recusas, 12 questionários acessados e com aceite do termo de compromisso, mas sem preenchimento e 80 questionários respondidos, até outubro de 2017. Segundo o Registro SisEmbrio haviam 125 clínicas no Brasil em 2015 (ANVISA, 2016)³, das quais 55% instaladas na região sudeste do país. Os questionários respondidos correspondem a 59,2% das clínicas em atividade segundo o Registro SisEmbrio.

Para as entrevistas qualitativas foram definidos profissionais chaves por sua posição no campo e também aqueles vinculados a serviços que haviam respondido anteriormente o questionário. Nesse último caso buscamos esclarecer e aprofundar alguns aspectos abordados nos questionários. As trinta (30) entrevistas realizadas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Leitura exaustiva foi realizada e construção de categorias temáticas, que foram articuladas com os referenciais do campo em discussão. A discussão e análise apresentada está baseada em alguns achados do material de campo.

IV. Discussão

No campo médico, em especial no campo da biomedicina, as inovações têm sido introduzidas no Brasil por meio dos serviços públicos ou universitários, em razão dos altos custos das pesquisas tecnológicas e da necessidade de pessoal qualificado para seu desenvolvimento

² Importante observar que ao optarmos por cruzar essas listagens incluímos clínicas que realizam técnicas de alta complexidade e de baixa complexidade também (caso de inseminações artificiais). Assim, objetivávamos identificar a existência de colaboração entre clínicas.

³ Segundo o 10º. Registro SisEmbrio de Bancos de Células e Tecidos Germinativos-BCTGs, em 2017, seriam já 141 clínicas em atividade no país.



(Augusto, 1986). Já as tecnologias reprodutivas (TR) foram introduzidas, a partir dos anos 1980, quase que exclusivamente por iniciativa da medicina privada, ainda que alguns de seus primeiros especialistas exercessem também atividades ligadas às universidades (BARBOSA, 1999).

A maioria dos serviços voltados às TR é privado. Contudo, há serviços públicos, ou ligados a universidades, que atendem quem não tem condições de arcar com os custos de uma clínica privada. Esses serviços apresentam restrições de atendimento (relativas à idade máxima para ingresso no programa, por exemplo), grande demanda, necessidade de os usuários arcarem em sua maioria com despesas de medicação e, muitas vezes, só propiciam a utilização de algumas técnicas de baixa complexidade (inseminação artificial, por exemplo). As clínicas privadas concentram-se na região sudeste do país e ofertam técnicas de alta complexidade (Injeção intracitoplasmática de sêmen/ICSI; micro manipulação, fertilização *in vitro*/FIV). Segundo RedLara (2015), entre 1990 a 2011, o Brasil respondeu por 44,4% dos nascimentos realizados por meio de TR na América Latina, sendo seguido por Argentina e México, com 20,4% e 13,2% respectivamente, e Chile com 5,8%.

Em 2005, foi criado pela ANVISA o Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), um registro nacional de células germinativas, tecidos e bancos e uma sistemática de informação sobre a produção de embriões humanos por fertilização *in vitro*. O envio dos dados é obrigatório por lei para todas as clínicas e serviços de reprodução assistida, que possuam bancos de células e embriões humanos, ou seja, que realizem práticas de alta complexidade. De acordo com os dados do sistema, no ano de 2016, 141 serviços informaram a realização de 33.790 ciclos de reprodução assistida, com 66.597 embriões criopreservados (65% deles provenientes de clínicas localizadas na região sudeste) (ANVISA, 2017). A ANVISA é uma agência reguladora, sob a forma de autarquia de regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. Pode-se considerar que sua atuação, sob a forma da produção desse registro nacional e fiscalização sanitária no âmbito local das clínicas e serviços, que realizam reprodução assistida, configura uma das poucas ações de monitoramento e regulação do Estado brasileiro relativas às práticas em curso no país. Essa tímida presença do estado relativa às TR contrasta com práticas observadas em outros países como Reino



Unido (*Human Fertilisation and Embryology Act – HFEA*) e Estados Unidos da América (*American Society for Reproductive Medicine- ASRM*) entre outros.

O desenvolvimento das TR no Brasil foi marcado por um contexto de pouca regulação (BARBOSA, 1999; DINIZ, 2003). Não há no país legislação específica, que regule as práticas realizadas nesse campo. Destaca-se, que desde meados dos anos 1990, houve iniciativas de projetos de lei específicos para regular o exercício da TR: algumas foram aprovadas em comissão, mas não tiveram prosseguimento.

Para regular as práticas, existem normas éticas com o caráter de dispositivos deontológicos a serem seguidos por médicos brasileiros, relativas à utilização das técnicas de reprodução assistida. Nesse contexto, desde 1992, resoluções são estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM. O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Estaduais/Regionais de Medicina (CRMs) possuem câmaras técnicas compostas por especialistas e profissionais da área de atuação de cada câmara, visando auxiliar as plenárias, nos julgamentos e na elaboração de pareceres e consultas.

Essas Câmaras também atuam no sentido de propor reformulações normativas e legais, relativas ao exercício da medicina e à habilitação de sujeitos sobre técnicas e tratamentos que demandem reflexões de ordem ética, denúncias e consultas nas temáticas e especialidades em referência. No caso da reprodução assistida, há no CFM uma Câmara Técnica de Bioética, coordenada por Conselheiro designado em Sessão Plenária, que auxilia a Plenária do CFM, na elaboração de pareceres/consultas e publicações, entre outros. Há também um Núcleo de Reprodução Assistida na Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia. Estes grupos respondem pelas questões de ordem ética relativas ao exercício e às práticas médicas que regulam a prática de reprodução assistida no país. Assim, o papel do Conselho Federal é central na regulação e normatização do campo.

Para regular as práticas, um conjunto de normas éticas “para a utilização das técnicas de reprodução assistida” foi fixado e, com algumas alterações importantes, constituiu a base das sucessivas resoluções (1957/10, 2013/13, 2121/15) que versaram sobre o tema desde então, inclusive a mais recente, de 2017 (Resolução 2168/2017).



Destacamos alguns pontos relevantes dessas normas e as alterações mais significativas. Em 1992, as técnicas de reprodução assistida tinham “o papel de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana”. Uma mudança importante ocorrida a partir de 2010 colocou ênfase não mais na *infertilidade*, mas na solução de problemas de *reprodução humana*. Deste modo, abriu-se espaço para que casais do mesmo sexo e pessoas solteiras se tornem usuários das referidas técnicas, sem qualquer ônus para os médicos que lhes facultarem o acesso, fato que já ocorria anteriormente à resolução 1957/10.

Outro ponto que ganhou contornos mais nítidos ao longo do tempo foi a questão relativa à probabilidade de sucesso e dos riscos que devem ser considerados na aplicação das técnicas de RA. Se, em 1992 e 2010, isso aparecia apenas como enunciado, a partir de 2013 foram definidos limites, principalmente etários, que teriam um impacto importante na definição de um perfil de usuárias aptas. Desde então, a idade máxima das candidatas à gestação de RA é de 50 anos, seja na condição de gestação própria ou na situação de “útero de substituição”.

Questões relativas à doação de gametas ou pré-embriões também mereceram atenção especial nas referidas resoluções. Desde 1992, enfatiza-se que a doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial, embora a importação de gametas do exterior, por laboratórios especializados em sua comercialização, se tenha tornado uma realidade no país, ao longo das últimas décadas. No mesmo sentido - o de coibir o ganho econômico -, embora este não seja o único fundamento para tal medida, determinou-se que doadores não deveriam conhecer a identidade dos receptores e vice-versa, obrigando-se à manutenção do sigilo. A partir de 2013, estabeleceram-se os 35 anos como idade limite para a doação de gametas pela mulher e os 50 anos para o homem.

Por fim, é preciso destacar outro tema bastante relevante. Trata-se das questões relativas ao útero de substituição. Já na primeira resolução estabeleceu-se a possibilidade de que a gestação fosse realizada por outra pessoa quando da existência de um problema médico que impedisse ou contraindicasse a gestação pela doadora genética. Também nesse documento já era estabelecido que a “doadora temporária do útero” deveria “pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina”. Do mesmo modo, era afirmado o caráter não comercial ou lucrativo da doação



temporária do útero. A partir de 2013, foi explicitado que a doação temporária de útero também pode ser acessada por casais em união homoafetiva, havendo ainda uma ampliação do parentesco: as doadoras temporárias de útero deveriam pertencer à família de um dos parceiros num parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima). A resolução de 2017, amplia as doadoras temporárias de útero para o parentesco consanguíneo descendente, incluindo na regra filha e sobrinha. Pessoas solteiras também passaram a ter “direito” à prática.

A Câmara Técnica de Reprodução Humana e Técnicas de Reprodução Assistida tem atuado na análise e emissão de pareceres sobre aspectos éticos envolvendo algumas práticas e também tem sido demandada a responder sobre a legalidade de algumas delas, especialmente, aquelas vinculadas à doação compartilhada de gametas, uso de gametas entre pessoas conhecidas (rompendo com o anonimato previsto na resolução médica) e gestação de substituição. Responde também pela fiscalização e vistoria de serviços de reprodução assistida quando demandados.

Com relação às normativas reguladoras do campo foram identificadas duas posições entre os profissionais da medicina, obtidas a partir de entrevistas realizadas. Há profissionais que defendem a existência de uma lei nacional para regular o campo. Para estes, a adoção de uma lei estabeleceria importantes parâmetros para a garantia de direitos dos interessados como igualmente protegeria os profissionais que atuam na área. Outro posicionamento considera que em face da crescente mudança no campo das tecnologias, uma lei não conseguiria acompanhar esses avanços e poderia engessar o mercado. Assim, seria melhor que a regulação continuasse sendo realizada pela corporação médica, já que isso traz mais autonomia, permitindo alterações em curtos espaços de tempo (se necessárias). Paira nessa posição, igualmente, o receio das posições religiosas presentes no Congresso Nacional e, portanto, de que uma lei possa impedir ou obstaculizar as práticas desse campo.

O contexto de baixa regulação existente no campo da reprodução assistida e a crescente demanda pelas práticas que envolvem a necessidade de material genético de terceiros (reprodução



entre casais de mesmo sexo e pessoas solteiras) configura um elemento a estimular a operação de empresas envolvidas na importação de material genético.

No Brasil é vetada a comercialização do material genético de terceiros. Os doadores não podem receber por lei nenhum valor para evitar que se caracterize uma relação comercial (CFM, 2013). Existem no país somente dois bancos de sêmen, responsáveis pelo fornecimento de amostras a diversas clínicas e mesmo a outros países na América Latina. A pouca disponibilidade de sêmen tem levado as clínicas a importarem amostras dos Estados Unidos, especialmente, para procedimentos envolvendo lésbicas e mulheres solteiras (MACHIN e COUTO, 2014). Segundo a ANVISA, responsável legal pelas autorizações para importação houve 33 anuências em 2013, 198 em 2014, 377 em 2015 e 436 em 2016 (ANVISA, 2017).

Quanto aos óvulos, a normativa mais recente do CFM (2168/2017) de novembro de 2017, permite a realização de doação voluntária de óvulos, prática que, antes, somente era permitida se ocorresse entre mulheres que estivessem (ambas) em tratamento reprodutivo. Essa mudança vai possibilitar o acesso aos óvulos de mulheres férteis e jovens, que procuram o serviço para congelamento e preservação da fertilidade visando uma possível gravidez futura. Essa definição responde a um amplo reclamo da ausência de óvulos para procedimentos, havendo longas filas de espera.

No contexto das mudanças normativas realizadas pelo CFM relativas à população habilitada para as técnicas é importante destacar que elas ocorrem depois das decisões do Superior Tribunal de Federal (2011), que iguala os direitos dos casais homossexuais aos de casais heterossexuais, permitindo o reconhecimento legal das famílias construídas.

V. Conclusões

Mudanças importantes foram registradas no campo das tecnologias reprodutivas desde a primeira resolução do CFM em 1992, até a última, expedida este ano. Neste espaço social de oferta e consumo crescentes de técnicas voltadas para a criação e recriação de vínculos genéticos e familiares, articulam-se um número cada vez mais expressivo de empresas farmacêuticas, laboratórios, clínicas e consultórios privados, serviços públicos, profissionais e usuários.



Por meio de suas resoluções, o CFM tem contribuído para a definição e delimitação de práticas aceitas e reiteradas neste campo. Invocando-se o conhecimento científico mais recente define-se quem pode ou não acessar determinados procedimentos técnico científicos a partir das probabilidades de sucesso e dos riscos envolvidos. Deste ponto de vista, as resoluções dos médicos tem sempre um aspecto retrospectivo, uma vez que determinam como “permitido” aquilo que foi fundamentado pela prática em consultórios e laboratórios ao longo do tempo, isto é, aquilo que se estabelece como “ordem” que se torna “evidente” na prática médica (decisões tomadas a partir de critérios clínicos) e aquilo que emerge dos estudos, análises, comparações e resultados da atividade científica de biomédicos, geneticistas, farmacêuticos etc.

Entretanto, ao lidarem com as probabilidades de reprodução de vínculos genéticos entre os indivíduos, os médicos e cientistas intervêm também na definição social e legal de identidades sociais e de relações de gênero, assumindo uma posição chave nas estratégias e decisões daqueles que desejam ser pai(s) e ou mãe(s) com o apoio das tecnologias reprodutivas. Assim, à medida que esses procedimentos tornam-se disponíveis para casais heterossexuais com problemas de infertilidade, pessoas solteiras e casais do mesmo sexo, criam-se e apoiam-se novas configurações de maternidade, de paternidade e de parentalidade que deixam de ser sustentadas apenas por uma capacidade de reprodução dos corpos dos indivíduos para serem cada vez mais mediadas por esses novos dispositivos de manipulação do biológico.

Ao apresentarem-se como demandas legítimas nas clínicas e consultórios a realização dessas novas configurações de famílias assumem, cada vez mais a expressão de efetivação de um direito a ser garantido independentemente de critérios exteriores e alheios ao próprio indivíduo e às tecnologias disponíveis. Em relação aos critérios, importa realçar não somente o rechaço à juízos de valor daqueles que se colocam contra toda e qualquer forma de parentalidade que não esteja baseada nos ditos “métodos naturais”, mas especialmente os critérios financeiros que impedem o acesso às custosas tecnologias reprodutivas, especialmente as de maior complexidade.

Deste modo, embora inexista qualquer regulamento explícito que limite o acesso às tecnologias aos casais heterossexuais com problemas de infertilidade, ou ainda, a despeito da manutenção da doação e do anonimato como critérios principais para o acesso ao material genético



de terceiros (óvulos, espermatozoides, embriões), as práticas nos serviços de reprodução assistida, em especial nos privados, terminam por ampliar continuamente o “público-alvo” das tecnologias reprodutivas. Além de facultarem o acesso aos procedimentos por casais homossexuais e pessoas solteiras antes mesmo que as resoluções definissem que as técnicas de reprodução não eram destinadas apenas àqueles com problemas de infertilidade, clínicas e consultórios privados lançaram mão de uma série de expedientes que relativizaram o caráter de material “doador” e anônimo na obtenção de óvulos e espermatozoides, como demonstram o crescente número de “captações” de fornecedores internacionais.

Com as sucessivas edições das resoluções, tais práticas vão sendo “normalizadas”, uma vez que passam a figurar dentre aquelas publicamente aceitas pela normativa que incide diretamente sobre o campo, aliando ao aspecto “retrospectivo” aludido anteriormente, um aspecto “reativo”, dado que o atendimento crescente de uma série de demandas “da sociedade” tem como reação dos especialistas do campo uma ampliação do escopo de suas ações seguida pela acolhida e reconhecimento das mesmas por seus órgãos e regulamentos.

Explicita-se assim uma das posições mapeadas no campo quanto à regulação destas atividades por uma lei federal. De um lado, estão aqueles que aprovam esta iniciativa, destacando a segurança que poderia ser trazida para os profissionais e usuários envolvidos. De outro, aqueles que na verdade defendem a continuidade do modelo atual, em que as resoluções expedidas periodicamente têm maior capacidade de lidar com as contínuas inovações tecnológicas no setor, evitando-se o possível “engessamento” da prática por uma lei federal que pode se tornar obsoleta após um curto período de vigência.

A segunda solução, que de fato espelha a atual situação da reprodução assistida no país, ao apostar na capacidade do próprio campo em “autoregular-se” resulta tanto na manutenção da insegurança jurídica de todos os envolvidos, como no adiamento de um debate público que precedesse o necessário processo legislativo sobre o tema.

Assim, a manutenção das TR como um campo de atividades não regulamentado impede que divergências a respeito do tema sejam explicitadas e debatidas, em especial aquelas sustentadas por grupos religiosos que se opõem de modo parcial ou total às técnicas e às suas consequências, ou



ainda, que desejam restringir sua utilização por casais heterossexuais e limitar aspectos que envolvam a produção, a utilização e o armazenamento de embriões. Neste sentido, manter as TRs longe de um Congresso em que deputados e senadores estão profundamente vinculados à igreja católica e às igrejas neopentecostais, constitui também uma estratégia política (ainda que não explícita) daqueles profissionais que atuam mais diretamente no campo.

Associado a este caráter “para-estatal” de gestão dos conflitos e de acesso às tecnologias, soma-se a escassez de serviços disponíveis pelo sistema público de saúde, o que reforça a dimensão de “consumo privado” de técnicas necessárias para a efetivação de um direito sobremodo determinada pela disponibilidade de significativos recursos financeiros de seus proponentes.

VI. Bibliografia

ANVISA. **9º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões. SisEmbrio.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 26p. 2016.

ANVISA. **1º Relatório de Importação de Amostras Seminais para uso em Reprodução Humana Assistida.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 19p. 2017.

AUGUSTO, M. H. O. **Política social e tecnologia em saúde – ação estatal e incorporação de equipamentos médico-hospitalares às práticas de saúde.** 1986. (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BARBOSA, R. M. **Desejo de filhos e infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil.** 1999. (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BROWN, N.; WEBSTER, A. **New medical technologies and society: reordering life.** Cambridge: Polity Press, 2004.

CFM. **Resolução CFM nº2013/2013.** Brasília/DF: Conselho Federal de Medicina 2013.

CLARKE, A. E. et al. **Biomedicalization: technoscience, health and illness in the U.S.** Durham & London: Duke University Press, 2010. 498.



FINKLER, K. **Experiencing the new genetics. Family and kinship on the medical frontier.** Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2000.

FINKLER, K.; SKRZY尼亚, C.; EVANS, J. P. The new genetics and its consequences for family, kinship, medicine and medical genetics. **Social Science & Medicine**, v. 57, n. 3, p. 403-412, Aug 2003.

HARDEY, M. Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise. **Sociology of Health & Illness**, v. 21, n. 6, p. 820-835, Nov 1999.

MACHIN, R.; COUTO, M. T. "Fazendo a escolha certa": tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1255-1274, 2014.

PICKSTONE, J. V. Ways of knowing - towards a historical sociology of science, technology and medicine. **British Journal for the History of Science**, v. 26, n. 91, p. 433-458, Dec 1993.

ROSE, N. **The politics of life itself. Biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century.** Princeton: Princeton University Press, 2007.

WALDBY, C. Stem cells, tissue cultures and the production of biovalue. **Health**, v. 6, n. 3, p. 305-323, Jul 2002.

WALDBY, C.; MITCHELL, R. **Tissue Economies. Blood, organs and cell lines in late capitalism.** Durham & London: Duke University Press, 2006.