

8 - Bioética e reprodução humana

Marlene Braz

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BRAZ, M. Bioética e reprodução humana. In: SCHRAM, FR., and BRAZ, M., orgs. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Criança, mulher e saúde collection, pp. 169-194. ISBN: 978-85-7541-540-5. Available from: doi: [10.7479/9788575415405](https://doi.org/10.7479/9788575415405). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/wnz6g/epub/schramm-9788575415405.epub>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

BIOÉTICA E REPRODUÇÃO HUMANA

8

Marlene Braz

*A reprodução humana não é um ato consciente,
nem é um ato voluntário
e, sim, um acontecimento natural
com suas causalidades e imprecisões,
suas presumidas influências transcendentais (...)
e suas bordas metafísicas (...)*

Miguel Kottow

INTRODUÇÃO

A decisão de gerar uma criança não é um processo simples, abrangendo vários aspectos que vão desde os recursos financeiros da família até os de ordem emocional, espiritual e econômico-social. Por ser algo complexo que envolve inúmeras facetas e, principalmente, por tratar-se de um ato humano que envolve um outro ser humano a ser trazido ao mundo e que pode vir a ser fonte de conflitos, há necessidade de refletir, sob o ponto de vista bioético, muito mais que biologicamente, sobre as decisões que devem ser feitas frente à reprodução humana.

Com o objetivo de analisar o tema da reprodução humana e das implicações de que se reveste, será feita uma abordagem analítica, enfocando os seus subtemas, quais sejam: a questão da infertilidade, a anticoncepção, a reprodução dita natural e a medicamente assistida. Deve-se atentar que

a reprodução humana não pode ser desvinculada de questões relativas ao início da vida, área repleta de conflitos éticos, mas que já foram tratadas em artigo desta coletânea. De qualquer modo, o conceito de início da vida humana deve atender e priorizar os valores dos diretamente afetados.

A INFERTILIDADE E A ANTICONCEPÇÃO

A infertilidade, hoje considerada um problema de saúde, em épocas anteriores era vista como uma manifestação da vontade divina, não se admitindo a interferência dos humanos no processo de reprodução (Neto & Júnior, 1998). Se, anteriormente, os humanos tinham de se conformar com o fato, atualmente, com os avanços ocorridos neste campo, assistimos à possibilidade de uma não-aceitação deste quadro e a busca pela reversão de tal situação.

A infertilidade sempre existiu, podendo afetar um dos pares ou o casal e trazer implicações na vida conjugal, gerando, em muitos casos, conflitos e até separações. É fonte de sofrimento, angústia e, não raro, quadros depressivos. A mulher pode se sentir menos completa, menos feminina. Já os homens inférteis são identificados e se identificam como sendo pouco másculos (Neves & Netto Júnior, 2003; Collucci, 2003).

O problema da infertilidade atinge de 8 a 15% dos casais em idade reprodutiva (Diaz et al., 2002). No Brasil, a cifra chega a 10 milhões de pessoas em idade fértil, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Collucci, 2002). O número de pessoas atingidas é bastante elevado, constituindo-se, assim, num problema importante de saúde pública, dada a sua magnitude. Entretanto, a infertilidade de homens e mulheres pobres em nosso país não tem merecido a devida atenção por parte das políticas de saúde e, assim sendo, reveste-se de uma questão moral em função da falta de equidade no acesso aos serviços de saúde com vistas à prevenção ou ao tratamento.

Vários fatores contribuem para a infertilidade, tais como: 1) condições sociais precárias, como deficiência alimentar; 2) problemas de saúde ligados tanto a uma infertilidade congênita, como a uma infertilidade

adquirida por seqüelas de abortos, infecções e doenças não tratadas do aparelho genital feminino; 3) postergação da maternidade, o que aumenta a infertilidade; 4) maior reconhecimento da infertilidade masculina; 5) impedimentos subjetivos de ordem inconsciente (Braz & Castro, 2003).

Existem, de outro modo, causas de infertilidade que, em sua maioria, não se podem prevenir, tais como:

endometriose, doenças imunológicas (que produzem anticorpos contra espermatozóides ou óvulos), defeitos genéticos das células germinativas, diminuição na quantidade ou qualidade dos espermatozóides, pólipos endometrial, mioma submucoso etc. Também faz parte da prevenção a atenção instantânea aos casais que após um ano com atividade sexual regular, sem usar método contraceptivo, não conseguiram ter uma gravidez. (Macedo, 2004)

É importante frisar, no entanto, que se a infertilidade for assumida apenas como um problema médico a ser solucionado pela tecnologia, haverá um desvio de atenção das causas da infertilidade que podem ser prevenidas, como doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), poluição, pobreza, trabalho insalubre, aditivos químicos, hormônios, dispositivo intra-uterino (DIU), infecção pós-parto e esterilização precoce de mulheres.

Medidas que possam prevenir a infertilidade devem ser tomadas, pois têm um maior impacto do que recorrer às técnicas de reprodução assistida ou mesmo à clonagem (Melo-Martín, 2002). Entre as causas produtoras de infertilidade apontadas e preveníveis, é importante ressaltar a esterilização de mulheres, processo tão difundido na sociedade brasileira:

A laqueadura tubária é um importante fator de infertilidade feminina. Cerca de uma em cada três mulheres que fazem laqueadura se arrepende. Este fato é importante, pois os critérios de inclusão destas mulheres devem ser rigorosos. Levando-se em consideração a existência de tantos bons métodos contraceptivos temporários, os definitivos deverão ser a última opção, pois gerarão infertilidade definitiva. (Macedo, 2004)

A taxa de fecundidade das brasileiras passou de 6,28 filhos por mulher, em 1960, para 2,38 no ano 2000, o que representou uma diminuição de 62,1%, de acordo com pesquisa do IBGE (Censo 2000). Esta redução deve-se, principalmente, à região Sudeste, em função de sua grande urbanização,

o que proporciona maior acesso aos meios contraceptivos e o que permite a inserção cada vez maior da mulher no mercado de trabalho – e ao aumento da esterilização feminina, sobretudo na década de 80, que passou a exercer um papel importante na limitação do número de filhos. (Hoje On Line, 2004)

A preferência pela esterilização, no Brasil, não é uma escolha e sim uma falta de opção. Com efeito, de acordo com pesquisa realizada pela Rede Feminista de Saúde, as mulheres negras têm acesso mais precário aos métodos anticoncepcionais e, também, representavam uma parcela maior que não utilizava método algum no momento da investigação e pela pouca opção em relação a tais métodos, visto que “a pílula e a esterilização respondem por 83% da regulação da fecundidade, em contraposição com os 76% verificados no grupo das mulheres brancas” (Perpétuo, 2000).

A infertilidade resultante da esterilização precoce torna-se um verdadeiro drama na vida das mulheres que se submeteram à laqueadura e se arrependeram.

Consolidou-se de forma perversa uma cultura reprodutiva onde, ainda muito jovens, as mulheres, por desinformação e ausência de outras alternativas, incluem em seu projeto de vida a cesariana e a esterilização. Por esta opção pagam caro, pois além da mortalidade referida herdada seqüelas quase sempre definitivas, aumento da mortalidade perinatal e altas e inconcebíveis taxas de arrependimento pós-laqueadura. Os estudos dedicados ao arrependimento pós-laqueadura estabelecem uma relação direta entre esta situação e a desinformação sobre a existência e disponibilidade de outras alternativas contraceptivas, bem como a reversibilidade do procedimento cirúrgico. Em significativo percentual, as esterilizações são realizadas no curso das cesarianas,

freqüentemente indicadas com o objetivo da realização simultânea da laqueadura. As altas taxas de cesariana que o Brasil exhibe estão entre as mais elevadas do mundo. (Costa, 1996)

Observando-se a Tabela 1, a seguir, vê-se que até 39 anos já existem 50% de mulheres esterilizadas, encontrando-se 30% de mulheres laqueadas antes dos 30 anos.

Tabela 1 – Percentual de mulheres esterilizadas, segundo idade. Brasil, 1996

Idade (anos)	%
15-19	0,1
20-24	5,9
25-29	21,1
30-34	37,6
35-39	49,0
40-44	53,4
45-49	47,6
Total	27,3

Fonte: Bemfam (1997).

De acordo com o Boletim Eletrônico Saúde Reprodutiva na Imprensa (2003), comprovou-se que em torno de 59% das mulheres que foram esterilizadas optaram pela cirurgia por desconhecimento de outros métodos contraceptivos e, segundo este Boletim, “é justamente essa falta de informação sobre métodos contraceptivos que leva as mulheres a fazerem

a esterilização". O procedimento de reversão da laqueadura, além de ser possível só em alguns casos sem garantias de que ocorra uma gravidez, tem o problema sério que é a inexistência de serviços de tratamento de infertilidade ou de reprodução em várias regiões do país. Nos locais onde existem tais serviços, a fila de espera é longa. As chances de recuperar a fertilidade são de apenas 60%, porque o funcionamento das trompas fica prejudicado (Boletim Eletrônico Saúde Reprodutiva na Imprensa, 2003).

Também chamam a atenção outros dados divulgados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus):

51 mil crianças e adolescentes foram atendidas em hospitais, em 2000, por complicações do aborto. Três mil tinham entre 10 e 14 anos. Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) mostrados no Mapa da Criança e do Adolescente, em matéria que afirma que os abortos estão ligados à alta incidência de gravidez precoce. (Boletim Eletrônico Saúde Reprodutiva na Imprensa, 2003)

Tudo isto comprova a pouca atenção que o Sistema de Saúde oferece à população pobre do nosso país em relação à saúde reprodutiva. Além disso, muitas crianças e adolescentes apresentarão seqüelas de aborto que redundarão em esterilidade que poderia ser evitada se a lei descriminalizasse o aborto. A discussão sobre o aborto não será aqui discutida, pois já foi abordada por outros autores neste livro.

Outro fator que merece ser considerado é a pressão social, ainda existente, pró-natalista sobre a mulher, na qual se valoriza a maternidade e se mistura o papel de mãe com o da mulher:

Ser mulher ainda seria sinônimo de ser mãe. Tal concepção deveria ser totalmente modificada, no sentido de reforçar que a maternidade não seria seu principal papel, encorajando a compreensão da maternidade como possibilidade, e não como uma escolha necessária, com facilitação da adoção ou da promoção de diferentes formas de afeição materna. (Braz & Castro, 2003)

Isto quer dizer que se o papel de mãe ainda é fortemente cobrado e mitificado pela sociedade, uma mulher infértil se sentirá obrigada a ter filhos, a qualquer custo, de qualquer modo. E o homem, que ainda tem sua imagem de virilidade ligada à possibilidade de gerar filhos, da mesma maneira se sentirá compelido a tê-los. Este, de modo geral, é o quadro do problema de infertilidade e da anticoncepção no Brasil, onde, apesar do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pouco se tem avançado no sentido de corrigir tais distorções.

As questões bioéticas que se apresentam podem ser expressas pela falta de autonomia das pessoas em decidir sobre o melhor método, já que a eles não têm acesso, seja por desinformação, seja pela ausência de serviços de saúde. Do mesmo modo, ocorre uma injustiça em relação à prevenção dos problemas e ao seu tratamento quando eles se configuram. Parece haver uma política velada de não investir nas causas de infertilidade e no seu tratamento, já que muito claramente a política, nos países em desenvolvimento, é diminuir a prole para combater a miséria. Quanto mais filhos as pessoas pobres tenham (que fique claro que toda a preocupação com a prole se refere aos pobres) menos chances estas crianças teriam de se tornar cidadãos livres e responsáveis. Tudo isto é inferido pelos números que apontam que, quanto mais pobre, mais filhos, como se uma coisa causasse a outra, quando o que ocorre é justamente o contrário, como também postulado por Moser (1996):

Particularmente no que se refere à reprodução das populações pobres, é necessário tomar como ponto de partida outro postulado: os pobres não são pobres porque se multiplicam tanto e tão rapidamente, mas se multiplicam tanto e tão rapidamente porque são pobres.

Esquece-se de que se a miséria for combatida, se melhorar o acesso à informação e aos serviços de saúde com qualidade, tal questão não demandará discussão. Há uma crença de que a miséria acabará se os pobres pararem de procriar. Este é um fato que não se pode deixar de apontar. Realmente, seria necessário atacar a pobreza, diminuir as desigualdades existentes, incluir as pessoas de tal modo que todas pudessem se sentir

cidadãs. Este é o caminho que a Bioética propõe porque é o moralmente correto e necessário para proteger a população excluída que ainda compõe, infelizmente, a maioria no Brasil.

REPRODUÇÃO HUMANA E A LIBERDADE DE PROcriação

O movimento feminista, o avanço das técnicas e a produção de novos medicamentos mudaram de forma importante a relação da mulher com o seu corpo. O corpo passa a ser domínio de cada mulher em particular e, daí por diante, ela pode decidir se e quando terá filhos, graças aos métodos contraceptivos, principalmente à pílula. Paralelamente a isto, o aborto torna-se realidade em muitos países. Isto é entendido como liberdade de procriação. Pode-se dizer que, apesar de essa afirmação ser verdadeira, no caso brasileiro, ainda não se coloca esta questão para a maior parte da população.

Vários direitos como estudar e trabalhar, alcançados pelas mulheres em sua busca pela igualdade com os homens, vêm trazendo à tona uma outra questão que surte impacto sobre elas, que é a postergação da maternidade e, com ela, uma dificuldade maior de engravidar que tem sido tratada através das Novas Tecnologias de Reprodução (NTRs).

Quando se fala em liberdade de procriação, parte-se do princípio de que a política não deve se intrometer na vida das pessoas regulando quando e quantos filhos devem ter. De fato, isto ocorre na procriação dita ‘natural’ – por meio de uma relação sexual. Já a reprodução dita medicalizada, assexuada ou artificial é regulada por normas e leis, existindo um controle social sobre a mesma que pode ser questionado (Mori, 2001). As NTRs são controladas porque há vários níveis de preocupação em relação, principalmente, ao desejo de ter filhos de qualquer maneira, mesmo contra a ‘natureza’. Muitos autores que se colocam contra estas tecnologias o fazem imbuídos de uma ética naturalista, aquela que considera que é bom o que é natural e mau o antinatural, e por uma razão supostamente essencial, visto que a natureza possuiria um finalismo intrínseco ou *telos*.

Para justificar isso, recorre-se, muitas vezes, a Aristóteles, para quem, conhecer os fins humanos significa observar suas práticas efetivas, as quais seriam orientadas pelos fins, que atuariam por atração e apontariam, em última instância, o caminho da prudência, situado entre os excessos e os defeitos, isto é, 'o meio justo'. Nesse sentido, as decisões e as normas têm de fornecer respostas à 'natureza humana', o que permite aos humanos se relacionarem entre si e com a natureza naquilo que se denomina harmonia antropocósmica, ordenando, assim, sua vida interior, que é a harmonia espiritual (Schramm, 2004). Tudo o que contrarie este princípio prudencial é visto como errado e, se não houver outro modo, o procedimento deverá ser fonte de vigilância, normas e leis, de modo a tentar normalizá-lo. Os atos possuem, dentro desta visão, algo intrinsecamente bom ou intrinsecamente mau, sendo que os primeiros respeitariam a ordem interna da natureza e os maus a contrariariam (Gracia, 1998). Nesse sentido, nada mais há de antinatural do que a procriação artificial e – ainda mais estranho e que foge da finalidade da natureza – a clonagem reprodutiva.

O direito à liberdade procriativa refere-se à liberdade de uma pessoa determinar se terá ou não filhos e como evitá-los. Segundo Mori (2001), o direito à liberdade procriativa pode ser subdividido em dois: 1) liberdade de procriar sem interferência de outros, tanto fazendo um ser 'naturalmente' (através de relações sexuais) ou por técnicas de reprodução, no seio de uma família tradicional ou não, como até o tipo de crianças que nascerão; 2) liberdade de evitar a procriação, dependente do método que pode ser por abstinência, uso de contraceptivos, pela esterilização ou aborto.

Alguns argumentos são utilizados para fundamentar o direito moral à liberdade reprodutiva, quais sejam: 1) o princípio da autonomia, já que esta é uma decisão bastante pessoal, porque a concepção muda a vida das pessoas, o sentido que se atribui à vida e a identidade de cada um; 2) o argumento utilitarista, que postula que este direito contribui para o bem-estar geral, mas que, entretanto, sofre seu contraponto que é a superpopulação, o abandono de crianças com o conseqüente aumento da miséria, oferecendo, desta forma, argumentos a favor do direito de não procriar; 3) o princípio da igualdade, defendido pelas feministas, que aponta

para o lugar da mulher na sociedade, identificado com a função materna e, portanto, com as decisões pesando mais sobre ela. O direito à liberdade facilitaria a eliminação de uma forma de desigualdade (Mori, 2001).

Em relação aos direitos de reproduzir, existem dois tipos: 1) negativos, que se referem à não-interferência dos outros na decisão, isto é, nada deve interferir nas decisões reprodutivas de uma pessoa; no entanto, pode-se considerar como havendo direito positivo quando se impõe ao Estado a previsão de alguns cuidados em saúde, como contraceptivos e aborto (Salles, 1998); 2) positivos, que requerem outras pessoas (Salles, 1998) e, neste caso, além do citado, temos o caso da reprodução medicamente assistida.

Cabe ressaltar que a evidência da existência de limites morais não respalda a afirmação de que, em certos casos, devem existir obrigações legais de não procriar. A liberdade de não procriar implica que uma pessoa tem o direito de não ter filhos se isto for fruto de uma decisão autônoma e voluntária por duas razões: 1) respeito à autonomia, significando que não procriar é um direito à liberdade de gerir a própria vida; 2) autodeterminação em relação ao próprio corpo.

Este direito de não procriar, infelizmente, ainda não deu origem a um princípio correspondente à liberdade de procriar (Mori, 2001) – aqui se fala da procriação natural –, já que a decisão de não ter filhos implica muitas vezes em esterilização, sujeita ao controle social e ao aborto proibido na maioria dos casos.

Surge, então, a questão do direito à procriação e a doutrina da tutela do ‘interesse do nascituro’. Não procriar, para Mori (2001), seria uma liberdade absoluta porque sua prática não causaria dano a ninguém, considerando-se o argumento de que não se pode lesar a quem não existe ou não o fazendo existir. Por outro lado, para este autor, a liberdade positiva (procriar) deveria ser controlada e limitada, porque seu exercício pode causar danos àquele que nasce. Nesse sentido, o critério inspirador que deve servir de guia é a ‘tutela do bem-estar do nascituro’.

Não é lícito querer ter um filho

a todo custo, forçando até mesmo os limites naturais. O desejo de ter um filho é 'apreciável', mas não indispensável nem fundamental (...) Em muitos casos, o desejo de ter um filho não é em nada algo supérfluo e frívolo; pelo contrário, a decisão de fazer nascer um filho é um aspecto importante e crucial para o próprio projeto de vida, pois constitui um compromisso para com a existência. (Mori, 2001: 67)

Preocupações em relação às crianças geradas de forma não-responsável, isto é, sem preocupação com seu destino, com os cuidados que se deve ter em relação a esta parcela desamparada e mais vulnerável da humanidade, são fonte de discussões morais. Um dos argumentos mais usados é que, em relação à reprodução 'natural', nenhum tipo de coerção deve existir porque seria um desrespeito à autonomia das pessoas, podendo ser usado de forma discriminatória visando à seleção de pessoas consideradas aptas a procriarem. No entanto, a reprodução assistida é regulada, e vários tipos de interdição são colocados e, neste caso, tal direito seria desrespeitado. Isto porque existem critérios de seleção de quem pode ser o beneficiário da técnica

Muito embora, constitucionalmente, seja assegurado o direito a qualquer tipo de procriação, seja natural ou assistida, na prática a parcela pobre da população não tem acesso à reprodução medicamente assistida – ou, quando tem, isto se faz, com exceções, de forma moralmente inaceitável. Certos serviços públicos que oferecem tal procedimento fazem-no trocando os óvulos da mulher pobre pelos medicamentos pagos pelas ricas que deles necessitam, usando-se o eufemismo de doação de óvulos (Braz & Schramm, 2003). Além desta questão, há várias outras, motivo de polêmica no campo da reprodução medicamente assistida, que serão vistas em seguida.

REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA (RHA)

Sabe-se que a queda da taxa de nascimentos é um problema sério em vários países desenvolvidos, onde, pelas mudanças sociais e científicas,

a gravidez deixou de ser o objetivo principal do matrimônio (Greer, 1987). Acresce-se a isto o adiamento da gravidez para idades mais avançadas, de modo que a fertilidade da mulher sofre um sério declínio, assim como aumenta a chance de gerar crianças com anomalias. Junte-se a isto as questões abordadas sobre a infertilidade e teremos, então, um quadro mais amplo das pessoas que querem recorrer às NTRs.

A possibilidade de utilizar o recurso das NTRs e a sua aceitação crescente trouxeram novas questões e conflitos tanto para a sociedade como para os legisladores e os bioeticistas. Em quase todos os países, foram formuladas normas e leis – em alguns casos, mais liberais e, em outros, mais rígidas. A questão que mobiliza os bioeticistas está não tanto na tecnologia em si, mas na aplicação dela que suscita problemas que podem também demandar ordenamento jurídico, no sentido de traçar limites e direitos para a liberdade de procriar. Por outro lado, há um alerta para esta questão que passa pela intromissão do público no privado, porque existe um aumento crescente da intervenção dos governos nacionais no interior das instituições de saúde que se estendem no sentido de controlar a doação e a disposição de gametas e embriões humanos. Segundo Diaz et al. (2002: 1), “desta forma a tecnologia reprodutiva se converte numa desculpa para fomentar duas tendências: a já presente ‘medicalização’ da reprodução e a ‘judicialização’ da gravidez”.

Outras questões, de fato, implicam a necessidade imperiosa da criação de novas leis, ou modificação das já existentes, tais como: os aspectos relacionados à filiação, herança, paternidade, maternidade, como também aos direitos de família e os direitos à vida (Diaz et al., 2002). Para além da regulamentação, a reprodução assistida vem sendo motivo de debates e se constitui, de acordo com Corrêa (2001), em um dos principais problemas vivenciados pela Bioética e que cresce em função da cobertura ostensiva realizada pelos meios eletrônicos.

Levando-se em conta os problemas vivenciados pelas pessoas inférteis, como já visto anteriormente, pode-se considerar a infertilidade como um problema de saúde que pode ser solucionado de acordo com as técnicas reprodutivas existentes e, naturalmente, as NTRs estão aí incluídas.

Tal postura pode ser contestada por outra, que implica, de um ponto de vista utilitarista, argumentar que, em países em desenvolvimento (como é o caso do Brasil), com escassos recursos e vários outros problemas graves que atingem o bem-estar e a saúde da população, seria fundamental dar prioridade às políticas de saúde que enfrentem e solucionem patologias mais prevalentes e preveníveis, consideradas mais importantes do ponto de vista de controle social, pelo fato de afetarem um grande número de pessoas. No entanto, cabe lembrar, novamente, que o percentual de pessoas que sofrem de infertilidade é bastante considerável, assim como não se pode ignorar o sofrimento que acarreta e, nesse sentido, é uma questão para a saúde pública, visto que:

8 milhões de casais brasileiros são inférteis. 10 mil implantações de bebês são feitas por ano, no Brasil, três vezes menos do que na Espanha. Apenas 0,8% das mulheres que precisam ser submetidas à reprodução assistida conseguem atendimento nos hospitais, nas clínicas e nos consultórios. (Boletim Eletrônico Saúde Reprodutiva na Imprensa, 2003)

Nesse sentido, a história de Suzana de Oliveira Miossi, 30 anos, é comovente:

Aos 24 anos, ela resolveu ligar as trompas no momento em que deu à luz sua filha, Eloisa Carolina. O parto foi uma cesariana, o que facilitou o processo. Suzana e o marido, o comerciante Antonio Carlos, já tinham um filho, e achavam que duas crianças era o número ideal. Mas aconteceu o imprevisto. Eloisa nasceu com os pulmões prematuros e ela morreu alguns dias depois, ainda no berçário. Era o início de um calvário pelo qual Suzana jamais imaginou passar. Ela foi desencorajada por diversos especialistas a reverter a laqueadura. Sem recursos para pagar uma profeta, percorreu várias clínicas na esperança de encontrar um orçamento que coubesse em seu bolso. Em vão. (Gullo & Vitória, 1996)

Estas duas citações mostram o drama das pessoas que desejam ter um filho pelas NTRs e não conseguem. Além desta questão da equidade do acesso aos tratamentos existentes, outros pontos são levantados quando

se debate a RHA, quais sejam: 1) em quais circunstâncias se deve utilizar o recurso; 2) quem pode se beneficiar da técnica; 3) a gravidez de substituição; 4) quantos embriões podem ser transferidos; 5) o congelamento de embriões, o tempo de congelamento; 6) o destino dos embriões congelados; 7) diagnóstico pré-implantatário; 8) a questão do sigilo dos doadores de gametas.

Atualmente, tramitam no Congresso Nacional alguns projetos que visam a legislar sobre este tema. Até hoje, os médicos seguem a Resolução 1.358, de 11/11/1992, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que em relação a estes tópicos tem as seguintes deliberações:

Toda pessoa maior e capaz tem direito ao planejamento familiar na forma da lei, no entanto, em relação ao item 1 e 2, esta Resolução e as leis que tramitam no congresso limitam esta prática. Isto porque o recurso só deve ser utilizado em casais que sofram de infertilidade, o que exclui, por exemplo, mulheres solteiras ou casais homossexuais.

As pessoas excluídas, seja pela opção de manterem-se sozinhas, seja pela orientação sexual, não podem recorrer ao método. Os que defendem a posição de estender o direito nestas situações baseiam-se no fato de que a adoção de crianças já é permitida nestes casos e, assim sendo, não há por que não garantir o direito à reprodução assistida também. Do mesmo modo, argumenta-se que existem várias mudanças ocorridas no seio das famílias, Aquelas ditas 'normais', com pai, mãe e filhos, cada vez mais estão desaparecendo e, em seu lugar, novos modos de organização familiar estão surgindo (Roudinesco, 2003). Evidentemente, não há uma proibição explícita no texto do CFM quanto à questão da orientação sexual dos beneficiários da técnica, mas ela está implícita ao só permitir a reprodução assistida aos casados ou em união estável. Tal fato se configura como discriminação e sob o ponto de vista da Constituição não se pode discriminar pessoas em função disto. Como aponta Rios (2002: 66):

Seja como for, a mera possibilidade da utilização da tecnologia reprodutiva com propósitos discriminatórios acarreta, para

homens e mulheres homossexuais, inúmeros prejuízos, principalmente em virtude do cultivo de atitudes e percepções negativas diante da homossexualidade, do reforço da preferência pela heterossexualidade, da fragilização das posições políticas e sociais dos grupos homossexuais e do conseqüente incentivo da ocultação da orientação sexual, mesmo daqueles que optam por fazê-la ultrapassar o foro privado e atingir a esfera pública.

Este autor enfatiza que a desigualdade neste aspecto se reveste “de um risco de ‘genocídio homossexual’ e de ‘eugenia heterossexual’” (Rios, 2002: 66).

O projeto de lei do senador Lúcio Alcântara (Projeto Ghente, 2003) acompanha esta tendência de só permitir o recurso à técnica em casos de infertilidade, o que será uma perda da possibilidade de avançar em relação aos direitos dos homossexuais e das pessoas solteiras. De qualquer modo, recomenda-se que a utilização das NTRs se justifique apenas como procedimento que auxilie na resolução de problemas relativos à procriação. Desta forma, o recurso às técnicas deve se dar quando houver limitação à reprodução natural e nos casos em que possa ocorrer um risco da geração de filhos com patologias genéticas graves, hereditárias ou não. A prática deve continuar a ser vista como excepcional, gerando sempre mais benefícios do que riscos, principalmente para os filhos. Esta posição, entretanto, não exclui as pessoas solteiras ou os casais homossexuais se houver aceitação da expressão ‘limitação da procriação’, sem especificar a infertilidade como único motivo para usar o recurso.

A Resolução do CFM permite a gestação de substituição apenas nos casos da existência de um problema médico impeditivo ou contra-indicado pela mulher que necessita da técnica. Em condições excepcionais, será autorizada a gestação de substituição desde que exista parentesco em linha reta ou colateral até o segundo grau, o que é bastante limitante, entre a(o) beneficiária(o) da técnica e aquela que consente em gestar o filho. Há uma tendência a ampliar o parentesco para o terceiro grau, pois até o segundo implica que somente a mãe da beneficiária ou sua irmã ou filha poderiam

ser gestantes substitutas. Neste aspecto, o texto também preconiza que a gestação de substituição não deve ter caráter remuneratório e a definição da filiação materna é conferida à beneficiária da técnica.

Existem pressões de determinados grupos que visam a excluir a possibilidade da gravidez de substituição, o que não parece razoável se alguma outra mulher estiver disposta a gestar por outra. A proibição, se for levada em consideração no Congresso Nacional, é um retrocesso importante em relação à Resolução do CFM. Isso porque, nos casos em que exista uma impossibilidade de a beneficiária da técnica poder gestar, por problemas uterinos ou pela ausência do mesmo, a única saída é a gestação de substituição. Proibir a gestação de substituição impede o acesso das portadoras desse problema a uma das ações que fazem parte do atendimento integral à saúde da mulher. A proibição, que não está amparada por qualquer justificativa sob o ponto de vista moral ou legal, afronta, inclusive, um direito garantido pela Constituição Federal Brasileira, que, em seu art. 226, parágrafo 7º, preconiza:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições públicas e privadas.

Este parágrafo foi regulamentado pela Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, em seu artigo 9º, onde fica estabelecido:

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.

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.*
(grifo meu)

Obviamente, há que se concordar que a gestação de substituição não seja remunerada, pois, além de ferir o disposto no artigo 199, parágrafo 4º, da Constituição Federal, que veda todo tipo de comercialização de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, afronta a dignidade da pessoa porque se sabe que as mais vulneráveis e menos favorecidas socialmente poderão ser usadas pelas mais afortunadas para engravidar por elas.

Uma questão importante que se coloca refere-se ao consentimento livre e esclarecido. Na Resolução do CFM, consta o termo consentimento informado, que seria um documento em formulário especial completado com a concordância, por escrito, da paciente ou do casal infértil. Deve-se enfatizar que o termo precisa ser nomeado e incorporado à prática médica no sentido de ser uma decisão livre e, portanto, autônoma e esclarecida, ou seja, os beneficiários da técnica devem ser completamente esclarecidos sobre os riscos, as conseqüências e as taxas de sucesso referentes ao que se denomina 'bebê em casa'. Também os doadores de gametas deveriam assinar o termo e não apenas os beneficiários. Importante apontar que o consentimento deve e pode ser revogado por qualquer parte a qualquer momento, por arrependimento, divórcio ou morte.

No caso do número de embriões a serem transferidos, a Resolução prevê um número máximo de quatro no intuito de evitar gravidezes múltiplas. Os projetos em tramitação preconizam dois ou no máximo três embriões a serem transferidos em função do aumento de multiparidade que vem ocorrendo, já que não pode haver redução embrionária. Também há projetos que querem impedir o congelamento de embriões em função do destino que se deve dar aos excedentes, isto é, não transferidos.

Logicamente deve haver a preocupação de transferir o mínimo possível, sendo que hoje se preconiza a transferência de até três embriões em função da faixa etária. Mulheres acima de 35 anos têm mais dificuldade em engravidar e este número aumenta as chances.

Neste ponto não se pode ignorar que a redução embrionária, proibida no Brasil, tem a mesma ideologia contida quando se fala em descarte de embriões ou sua destruição, como questiona Queiroz (2002: 28):

Juridicamente, o ponto relevante da utilização da redução seletiva está na semelhança que esta apresenta em relação ao aborto, seu correlato clínico. Como tratar, então, o aborto e a redução embrionária de formas distintas no âmbito legal? Como, por sua vez, discutir o descarte embrionário numa perspectiva jurídica tendo em vista que o embrião fecundado laboratorialmente contém material genético de duas pessoas?

Este é o ponto relevante na discussão e por trás do aborto se coloca o problema do estatuto do embrião, isto é, se e quando se pode considerar um embrião como uma pessoa. Esta discussão está contida neste livro em artigo próprio.

Em relação ao destino dos embriões, a questão ética passa pelo que fazer com os excedentes ou também pela desistência de implantar. A atual Resolução prevê o congelamento em seu artigo V, transcrito a seguir:

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU PRÉ-EMBRIÕES

1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozóides, óvulos e pré-embriões.

2 - O número total de pré-embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que se decida quantos pré-embriões serão transferidos a fresco, devendo o excedente ser criopreservado, não podendo ser descartado ou destruído.

3 - No momento da criopreservação, os cônjuges ou companheiros devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos pré-embriões criopreservados, em caso de divórcio, doenças graves ou de falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.

O que fazer com os embriões atualmente congelados nas clínicas? De acordo com os dados divulgados por uma revista de circulação nacional, já existiriam 20 mil embriões congelados no Brasil (Oliveira, 2002). Quando da aprovação da nova Lei de Biossegurança, em 2005, descobriu-se que existem apenas 3 mil embriões congelados nas clínicas. Com esta lei, fica

autorizada a utilização de embriões criopreservados com vistas à pesquisa de células-tronco (Lei n. 11.105, de 24/03/2005).

Tenta-se evitar esta questão proibindo-se o congelamento, o que não parece ser a melhor solução, tendo em vista que o procedimento para fertilização *in vitro*, além de oneroso, oferece riscos pela quantidade de hormônios que a mulher deve tomar para aumentar a produção de óvulos maduros. Ela pode desejar guardar seus embriões para outras gravidezes e, deste modo, terá de se submeter a um novo tratamento.

Quanto tempo os embriões devem ser congelados? Preconizava-se cinco anos, só que experiências atuais mostram a viabilidade de embriões que foram implantados depois de uma década (Oliveira, 2002). Deixar por tempo indefinido, no entanto, coloca em evidência outro problema de difícil equacionamento: a angústia das pessoas que deixam nas clínicas os embriões. Numa reportagem do jornal *O Globo* (2003), um médico, que trabalha em fertilização disse que há casais que ‘esquecem’ os embriões e outros que ligam sempre para saber como estão (os filhinhos?). Não se sabe se aqueles que ‘esquecem’ de fato olvidam ou se por algum mecanismo de defesa, por não saber o que fazer, tentam se desligar do problema, restando, contudo, sempre um mínimo de desconforto. Pela nova Lei de Biossegurança, os embriões congelados há três anos ou mais podem ser utilizados para pesquisa com células-tronco.

Desse modo, seria importante estabelecer um prazo máximo findo o qual os embriões deveriam ser descartados, doados ou liberados para a pesquisa, desde que as pessoas beneficiárias concordem com o destino. Não parece correto, sob o ponto de vista moral, deixar as pessoas ligadas, para sempre, a um material biológico, material reprodutivo, feto, pré-embrião, concepto, criatura concebida (Puerto, 2000), denominações diversas que tentam substituir a palavra embrião, no intuito de desviar a atenção da questão que se coloca em relação ao estatuto do mesmo, isto é, se ele é ou não uma pessoa. Em muitos casos, deixar o embrião congelado nas clínicas pode implicar um grau de sofrimento e até, de maneira velada, ser uma forma de punição por atentar contra a natureza: “Jamais esquecerás o que fizestes”.

Outra questão emergente é a do diagnóstico pré-implantatório, hoje prática comum nos consultórios. As posições são divergentes. Alguns argumentam que estes testes visam, no fundo, à eugenia, à escolha de sexo e, futuramente, à cor dos olhos e cabelos, à estatura, à inteligência. A escolha do sexo já é realizada em clínicas, apesar da proibição. Se a reflexão for em direção da liberdade de procriação, não há como negar o direito de uma pessoa ter um bebê como sonhado em sua fantasia. Entretanto, muitos bioeticistas condenam aquilo que denominam de bebê de encomenda (Thévenon, 2003; Testart & Godin, 2001). A proibição parece ser consensual, admitindo-se o diagnóstico genético pré-implantatório nos casos que visem à prevenção da transmissão de doenças genéticas em famílias de risco.

A questão do sigilo sobre a identidade dos doadores também é polêmica. Países como a Suécia e alguns estados americanos vêm abrindo o sigilo dos doadores após a criança concebida completar 18 anos. Na Resolução atual e nas leis em tramitação, permanece o sigilo da identidade dos doadores.

O argumento mais utilizado se dá em função da possibilidade de a criança ou a mãe vir a requerer, na Justiça, pensão alimentícia ou mesmo parte da herança e, por isso, haveria uma recusa das pessoas em quererem ser doadoras caso o sigilo fosse quebrado. No entanto, algumas questões necessitam ser debatidas além dos interesses das pessoas envolvidas neste processo e que excluem a criança. Refletindo-se analogamente com o caso das crianças adotadas, já se assistiu a muitos problemas, principalmente de cunho emocional, até que as pessoas compreendessem que deveriam falar a verdade para as crianças. As leis em vários países já deixam à disposição os dados necessários para a busca dos pais genéticos se o adolescente assim o desejar. Foi necessário muito sofrimento por parte destas crianças e destes adolescentes para a quebra do sigilo que envolvia a adoção. O mesmo ocorrerá com a reprodução assistida. Lachowicz (1996: 138) diz que, no “caso dos filhos nascidos com gametas de terceiro, não está alheia a aplicação dos mais atuais princípios acerca do respeito a seu direito a conhecer sua verdadeira identidade biológica”. Mais adiante, completa:

não se pode deixar de ressaltar que se está dispondo do estado civil de uma criança que está por nascer, que será desde sua concepção e de forma deliberada 'filho' de seus pais jurídicos que não coincidem com seus pais biológicos: afeta-se a identidade do filho. (Lachowicz, 1996: 141)

A verdade é sempre melhor, nestes casos, do que os argumentos frágeis utilizados para manter o anonimato, que é o da possibilidade de diminuição dos doadores. Se uma pessoa se dispuser a ser doador sabendo que no futuro poderá vir a conhecer o filho gerado, implica, evidentemente, numa maior responsabilidade e, neste sentido, uma maior motivação altruísta. Por outro lado, não podemos esquecer de que os avanços científicos descortinam mais e mais possibilidades de curar doenças até agora incuráveis, nas quais a linhagem genética se faz importante para a elucidação, como, por exemplo, as doenças hereditárias de expressão tardia. Até o momento, há preocupação em relação ao transplante de órgãos ou tecidos do corpo. Se há desconhecimento dos doadores, diminui a chance de uma pessoa se beneficiar do único tratamento que pode restar – o transplante.

A tendência internacional é assegurar o direito à identidade genética da criança, o que não deve acarretar parentesco ou mesmo qualquer outro efeito jurídico em relação aos doadores. Deve ser assegurado ao filho a parentalidade afetiva daqueles que recorreram à técnica para alcançar seu projeto parental, que só por isso constitui a filiação jurídica reconhecida através da certidão de nascimento.

Finalizando, não se pode deixar de sugerir que deva haver uma instância de controle social responsável pela concessão de licença de funcionamento, fiscalização e atuação de clínicas e serviços de saúde que realizam as NTRs no Brasil, assim como um banco de dados que organize e elabore estatísticas, tornando disponíveis os dados sobre o número de embriões congelados, de bebês em casa, taxas de insucesso (abortos, não-fecundação etc), incidência e prevalência dos efeitos colaterais, nascimento de crianças com malformações e demais complicações. Também devem estar disponíveis as clínicas e os serviços

de saúde públicos que fazem o procedimento, assim como os profissionais habilitados para executá-lo.

No Brasil, houve um elevado crescimento de clínicas de fertilização que necessitam de regulamentação para assegurar os direitos e deveres de cada parte envolvida no processo, assim como a saúde dos que demandam a técnica. Além da importância de que o recurso à fertilização ocorra em condições de segurança, deve-se estar atento para debater as questões éticas que mais e mais vão se colocando com a manipulação genética. É preciso ter cuidado ao legislar, porque a mudança de lei é um processo demorado e a Ciência avança em largos passos. É melhor traçar princípios e normas éticas do que fazer leis que podem dificultar a vida das pessoas ou impedir o progresso científico.

Por fim, entre as diversas posições a favor ou contra a utilização, a posição Bioética laica que parece a mais adequada é expressa por Segre e Schramm (2001: 43-44), quando escrevem:

Distinguindo-nos das posições moralistas (...) essencialmente preocupadas com os argumentos que visam a proibição, (...) defendemos o ponto de vista ético da aceitabilidade *prima facie* das técnicas e biotécnicas de reprodução assistida – ou NTRs – que consideramos necessárias para enfrentar problemas ligados à reprodução humana, desde que tal aceitação seja fruto do exercício da autonomia responsável em termos de reprodução, esteja acompanhada pela indispensável vigilância em termos de biossegurança e uma razoável garantia de respeitar e/ou ponderar os direitos fundamentais dos sujeitos morais envolvidos.

Esta parece ser a posição mais sensata, pois, ao mesmo tempo, assegura o pleno exercício da autonomia enfatizando o lado responsável que deve acompanhar não só esta tomada de decisão, mas todas as outras que implicam em riscos. Fazer fertilização *in vitro* tem risco não-desprezível devido à possibilidade de aumentar as chances de desenvolvimento de neoplasia endometrial e devido aos sofrimentos oriundos de fracassos sucessivos que podem ocorrer – e ocorrem. Estes pontos têm de ser enfatizados pelos profissionais que dominam a técnica para que o

consentimento se dê de forma absolutamente autônoma e só depois de esgotados todos os outros meios, inclusive os de ordem emocional que possam ser utilizados para reversão da infertilidade ou mesmo a possibilidade de abertura para novas formas de parentalidade que não seja pela gestação obrigatória. Muitos querem passar seu patrimônio genético e não aceitam outra forma de ter um filho. Entretanto, outros não têm como transmiti-lo, por serem inférteis, e lançam mão da gestação de substituição com embriões doados. Não cabe aqui a discussão sobre a motivação ou o desejo destas pessoas, porque cada uma traz um sentido diferente. De qualquer modo, uma pesquisa feita pela City University de Londres comprova que as mães que utilizam outras mulheres para gestar são “mães mais carinhosas e dedicadas” (Oliveira, 2002: 33).

Nota-se, dessa forma, de quanto preconceito e falta de informação podem se revestir tais discussões. Prós e contras devem ser pesados em cada caso, não se podendo generalizar em cima de apenas um caso e, por isso, condenar o procedimento ou parte dele.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEMFAM. *Macro International Inc. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996*. Rio de Janeiro: Bemfam, 1997.
- BOLETIM ELETRÔNICO SAÚDE REPRODUTIVA NA IMPRENSA. 1: 30 set. 2003. Disponível em: http://www.redesaude.org.br/html/body_boletim-01a30set-2003.html. Acesso em: 1 out. 2003.
- BRASIL. Resolução n. 1358. Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM, 1992. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1358_1992.htm. Acesso em: 04 jan. 2004
- BRAZ, M. & CASTRO, L. Clonagem humana, reflexões bioéticas e psicanalíticas. *Manufatura de humanos? Cyber Revue dos Estados Gerais da Psicanálise*, 2003. Disponível em: http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/port/trabalhos/2e_Braz_72031003_port.htm. Acesso em: 25 out. 2003.

- BRAZ, M. & SCHRAMM, F. R. *O ninho vazio: a desigualdade no acesso à procriação no Brasil e a Bioética*. Rio de Janeiro, 2003. (Mimeo).
- COLLUCCI, C. *Urologistas lançam livro sobre infertilidade masculina*, 2002. *Folha ONLINE*, 20 jun. 2002. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/colunas/querosermae/ult601u74.shtml>. Acesso em: 5 jun. 2003.
- COLLUCCI, C. *Por que a Gravidez não Vem?* Rio de Janeiro: Atheneu, 2003.
- CORRÊA, M. V. *Novas Tecnologias Reprodutivas: limites da biologia ou biologia dos limites?* Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.
- COSTA, A. M. Planejamento familiar no Brasil. *Revista Bioética*, 4(2): 1996. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/ind2v4.htm>. Acesso em: 19 jan. 2004.
- DIAZ, J. M. et al. *Aspectos éticos y legales de la reproduccion asistida*. Disponível em: http://www.cfm.org.br/bancotxt/des_etic/16.htm. Acesso em: 3 jun. 2002.
- GRACIA, D. *Ética de los Confines de la Vida*. Bogotá: El Búho, 1998.
- GREER, G. *Sexo e Destino: a política da fertilidade humana*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.
- GULLO, C. & VITÓRIA G. Gooooooll! DE PROVETA. *Isto É*, 1996. <http://www.terra.com.br/istoe/capa/138503.htm>. Acesso em: 15 dez. 2003.
- HOJE ON LINE. Disponível em: <http://www.jhoje.com.br/271203/politica.asp>. Acesso em: 4 jan. 2004.
- JORNAL O GLOBO. Código civil muda a vida de casais inférteis. *Jornal da Família*, 29 set. 2003.
- LACHOWICZ, M. Algunos aspectos de las legislaciones vigentes relacionadas con la aplicación de las nuevas tecnologías reproductivas. In: SOMMER, S. E. (Org.) *Procreación: nuevas tecnologías: um enfoque interdisciplinario*. Argentina: Atuel, 1996.
- MACEDO, F. *Reprodução humana (IV): o melhor tratamento*. Disponível em: http://www.biosgenetica.com.br/artigos_iv.htm. Acesso em: 5 jan. 2004.

- MELO-MARTÍN, I. On cloning human beings. *Bioethics*, 16(3): 246-265, 2002.
- MORI, M. Fecundação assistida e liberdade de procriação. *Bioética*, 9(2): 57-70, 2001.
- MOSER, A. *Política Demográfica: aspectos éticos*. 4(2): 1996. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/revista/ind2v4.htm>. Acesso em: 23 fev. 2004.
- NETO, A. H. P. & JÚNIOR, J. G. F. Reprodução assistida. In: COSTA S. I. F., GARRAFA, V. & OSELKA, G. (Orgs.) *Iniciação à Bioética*. Brasília: CFM, 1998.
- NEVES, P. A. & NETTO JÚNIOR, N. R. *Infertilidade Masculina*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003.
- OLIVEIRA, F. O “Estado da Arte” da Reprodução Humana Assistida em 2002. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, 2002.
- PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 22: nov. 2000. Disponível em: http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr22-encignez.html. Acesso em: 10 dez. 2003.
- PROJETO GHENTE. *Reprodução assistida*. Disponível em: <http://www.ghente.org/>. Acesso em: 10 dez. 2003.
- PUERTO, J. La consideración de los nuevos derechos humanos en la legislación sobre reproducción asistida. *Acta Bioethica*, VI(1): 128-140, 2000.
- QUEIROZ, A. Tecnologias reprodutivas e direito: algumas conexões. In: DINIZ, D. & BUGLIONE, S. (Orgs.) *Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro*. Brasília: Letras Livres, 2002.
- RIOS, R. R. Acesso às tecnologias reprodutivas e princípios constitucionais: igualdade, pluralismo, direito constitucional da família e orientação sexual no debate bioético brasileiro. In: DINIZ, D. & BUGLIONE, S. (Orgs.) *Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro*. Brasília: Letras Livres, 2002.

ROUDINESCO, E. *A Família em Desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SALLES, A. Libertad reproductiva y sus límites. Conflictos materno-fetales. In: LUNA, F. & SALLES, A. (Orgs.) *Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Buenos Aires: Sudamericana, 1998.

SCHRAMM, F. R. *Abordagens formais da Ética Antiga (a) e da Ética Moderna (m)*. Aula no III Curso de Especialização em Ética aplicada e Bioética do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004 (Mimeo).

SEGRE, M. & SCHRAMM, F. R. Quem tem medo das (bio)tecnologias de reprodução assistida? *Bioética*, 9(2): 43-56, 2001.

TESTART, J. & GODIN, C. *Au Bazar du Vivant*. Paris: Seuil, 2001.

THÉVENON, E. Biotecnologias: o homem em perigo? A fabricação do ser humano. *Label France*, 49: jan. 2003. Disponível em: <http://www.france.org.br/abr/label/label49/dossier/02.html>. Acesso em: 8 mar. 2003.