

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

CYNTHIA SILVA MACHADO

**BIOÉTICA NA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA:
os impactos éticos e emocionais no destino de embriões excedentários**

**FRANCA
2016**

CYNTHIA SILVA MACHADO

**BIOÉTICA NA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA:
os impactos éticos e emocionais no destino de embriões excedentários**

Dissertação apresentada à Faculdade Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Helen Barbosa Raiz Engler

FRANCA

2016

Machado, Cynthia Silva.

Bioética na Reprodução Humana Assistida : os impactos éticos e emocionais no destino de embriões excedentários / Cynthia Silva Machado. – Franca : [s.n.], 2016.

218 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientadora: Helen Barbosa Raiz Engler

1. Bioética. 2. Tecnologia da reprodução humana. 3. Transferência de embrião humano.I. Título.

CDD – 176.2

CYNTHIA SILVA MACHADO

**BIOÉTICA NA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA:
os impactos éticos e emocionais no destino de embriões excedentários**

**Dissertação apresentada à Faculdade Ciências Humanas e Sociais,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito
para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração:
Serviço Social: Trabalho e Sociedade.**

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Profa. Dra. Helen Barbosa Raiz Engler

1º Examinador: _____

Prof. Dr. Paulo César Corrêa Borges (UNESP- FCHS)

2º Examinador: _____

Profa. Dra. Maria Cherubina de Lima Alves (Uni-FACEF)

Franca, 28 de setembro de 2016.

AGRADECIMENTOS

Foi de minhas avós e de minha mãe que herdei uma inquietude sem nome que se expressa numa fé teimosa para superar os obstáculos que encontrei no caminho.

“Viver é muito grande”, e por isto cabem tantas vivências e emoções.

Compreender isto, significa pensar no meu caminhar com tantas escolhas feitas, algumas acertadas, outras, nem tanto, laços atados, experiências imortais pela intensidade que foram vividas.

Tento aqui dar expressão ao que posso rememorar, mas me vejo numa cena impossível de se concretizar. Num lampejo, tento dizer de algumas que me saltam à memória, sabendo que tantas outras mais importantes ficaram guardadas.

Assim é a vida, a minha vida. Não cabe tudo o que fiz, faço e posso fazer nesta vida. Ela é grande, mas maior é meu desejo e tudo o que ele me possibilita.

Por mais que eu tente dizer do meu percurso, pouco se saberá dele. De fato, o que é maior que o caminho trilhado são os sonhos que ainda posso aceder.

Cursei Psicologia, Filosofia e me especializei em Psicanálise, além de também caminhar por São José da Barra (MG), quando me encontrei como docente no doce encontro com a transmissão do aprender de quem ensina. Assim, ambicionei tornar-me mestre, inspirada numa forma de viver de quem acumula perguntas e encontra poucas respostas, mas sabe que mais vale perguntar.

E, em cada uma das inesperadas respostas, posso agradecer o que repercute de melhor em mim. Mas também sei que os agradecimentos parecem simples palavras que pouco abarcam a imensidão do sentimento.

Mesmo assim insisto em agradecer:

Às mulheres de minha família, que tiveram e tem que colocar à prova em muitos momentos da vida, sua coragem e desejo e assim me inspiram. São elas, especialmente, minhas avós, minha mãe, minha tia Diva, minha irmã Christianne.

O melhor de mim, agradeço à minha mãe,

Ao meu filho Felipe,

Ao meu marido Ramon, pela cumplicidade em tantos sonhos,

À memória afetiva de meu pai, que me nutre,

Aos meus alunos de Educação de Jovens e Adultos (EJA), em São José da Barra (MG), “Escolho meus amigos pela alma lavada e pela cara exposta. Deles não

quero resposta, quero meu avesso. Que me tragam dúvidas e angústias e aguentem o que há de pior em mim”.

Assim, pelos poucos, mas tão verdadeiros amigos, que conseguem me mostrar meu avesso: Rosemary Iannarelli, Nayle de Souza Camargos, Raquel Amariles Rodrigues e Vladimir Riomar,

À Queila Regina Neves, que se dispôs a estar ao meu lado para que eu pudesse me dedicar a este estudo e assim, em alguns momentos manter sossegado o meu coração e entregar meu filho aos seus cuidados.

À Ricardo Fidelis, Denis Gonçalves da Silva Zanetti, Magaly Gomes Melo, Cláudia Fernandes Silva Souza, Adriana de Souza Lima Queiróz, Raquel Queiroz Paim Gomes.

À professora Dra. Rosalinda Chedian Pimentel pela extrema generosidade.

À professora Helen Raiz Barbosa Engler, pela escuta e leitura precisa e cuidadosa que estimularam a minha liberdade, o que me permitiu o encontro com um estilo próprio de escrita.

À Rose Marie Massaro Melamed e Ana Rosa Detílio, pelas muitas contribuições teóricas,

À Rita de Souza, pela disponibilidade na explanação conceituação de termos que até então se apresentavam herméticos para mim, por ser um tema inovador.

Aos profissionais da Equipe Técnico-administrativa da Clínica onde está pesquisa foi realizada,

No caminho solitário inevitavelmente percorrido por mim enquanto pesquisadora, é possível finalizar e agradecer imensamente à Vladimir Riomar, amigo leal, que escutou as angústias que estiveram presentes por trás dos embargos e desafios deste estudo.

Corra Felipe, corra atrás daquilo que deseja.

MACHADO, Cynthia Silva. **Bioética na Reprodução Humana Assistida**: os impactos éticos e emocionais no destino de embriões excedentários. 2016. 218 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2016.

RESUMO

A ideia que versa essa dissertação é do esplêndido que a Reprodução Humana Assistida (RHA), traz a possibilidade de fazer um filho em um casal isento de fertilidade. Diante do que se percebe em termos de avanços da tecnociência do crescente número de casais em situação de infertilidade o foco desta pesquisa é a Doação de embriões criopreservados. Mormente existam em outros países leis específicas que regulem a RHA, o Brasil dispõe apenas de uma Lei da engenharia genética - Lei de Biossegurança, n. 11.105, 24/03/2005, o que faz com que profissionais da área se deparem com diversos desafios éticos. Há de se ressaltar, que polêmicas quanto à valoração do embrião em toda a sociedade brasileira permeiam está seara, mais especificamente, a questão da pesquisa com células-tronco embrionárias. É ainda ressaltante dizer da escassez de pesquisas e publicações nesta área, em especial, no que diz respeito às implicações emocionais da Doação de embriões. Para tanto, os objetivos desta pesquisa perfazem a compreensão dos aspectos bioéticos envolvidos na problemática da Reprodução Humana Assistida, bem como o estudo dos aspectos éticos vividos pela Equipe Técnico-administrativa de uma Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo, responsável pelo tratamento de Reprodução Humana Assistida de casais que tiveram embriões excedentários após serem submetidos ao tratamento de Fertilização *in vitro* e a reflexão sobre a dimensão subjetiva vivida pela Equipe Técnico-administrativa de uma Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo, responsável pelo tratamento de Reprodução Humana Assistida de casais que tiveram embriões excedentários após serem submetidos ao tratamento de Fertilização *in vitro*. Sendo a metodologia utilizada neste estudo a abordagem qualitativa, descritiva, bibliográfica, documental, exploratória e de campo, tendo como método o hermenêutico-dialético e a pesquisa de campo com a Equipe Técnico-administrativa da Clínica supracitada. Ao que se chega ao final deste estudo nada mais são que (in)conclusões, pois por certo muitos questionamentos éticos se abrem ao se desvelar o universo pesquisado: a Doação de embriões. O vínculo estabelecido ente o casal com os embriões excedentes criopreservados permeia o processo de decisão do casal quanto ao destino destes, marcado por incertezas, temores e sentimentos de solidariedade, aliado a isto está o fato de que a contemporaneidade representa um modo de viver em que a fluidez de valores é ressaltada, a fragilidade e transitoriedade dos laços afetivos são preponderantes. É forçoso ainda dizer que a importância do pensamento foi apreciada durante todo o percurso e no desfecho deste estudo optou-se por enfatizar quão poderoso ele é. Haja vista que as proposições ou sugestões vislumbram, antes de mais nada, “o Pensar” no sentido da elaboração como saída para quem vivencia a angústia da tomada de Decisão do que fazer com os seus embriões.

Palavras-chave: bioética. reprodução humana assistida. doação de embriões.

MACHADO, Cynthia Silva. **Bioethics in the assisted human reproduction: the ethical and emotional impact on the fate of surplus embryos.** 2016. 218 f. Dissertation (Masters in Social Work) - School of Humanities and Social Sciences, São Paulo State University "Julio de Mesquita Filho", Franca, 2016.

ABSTRACT

The idea that discusses dissertation is from the splendid which the Assisted Human Reproduction (AHR) brings: the possibility of a child in free couple fertility. Given what is perceived in terms of advances of techno science of the growing number of couples in infertility situation, the focus of this research is the cry preserved embryo donation. Especially exist in other countries, specific laws that govern the RHA, Brazil has only a law of genetic engineering - Insecurity Law, n.11.105, 24/03/2005 - with the result that health professionals are experiencing with several ethical challenges. It is noteworthy that controversies regarding the valuation of the embryo in Brazilian society permeate this harvest, more specifically the issue of research with embryonic stem cells. It is also remarking to say the lack of research and publications in this area, particularly with regard to the emotional implications of the donation of embryos. Therefore, the objectives of this research account for the understanding of bioethical issues involved in the issue of Assisted Human Reproduction, and the study of ethical issues experienced by Technical and Administrative Team of a Human Reproduction Clinic of São Paulo, responsible for handling Assisted Human reproduction of couples who have surplus embryos after being subjected to the treatment of *in vitro* fertilization and reflection on the subjective dimension lived by Technical and Administrative Team of a Human reproduction Clinic of São Paulo, responsible for the treatment of Assisted Human Reproduction of couples who had surplus embryos after being subjected to the treatment of fertilization *in vitro* and reflection on the subjective dimension experienced by the Technical and Administrative Team of a clinic of Human Reproduction of São Paulo State, responsible for the treatment of Assisted Human Reproduction of couples who had surplus embryos after being subjected to the treatment of fertilization *in vitro*. Being the used methodology in this study, a qualitative approach, descriptive, bibliographic, documental, exploratory and field, having as a method the dialectic-hermeneutic and the field research had the medical staff of the *aforementioned* Clinic. Conclusions are the ending of this study because surely many ethical questions open to unfold the universe surveyed: the Donation of embryos. The established link between the couple with *cry preserved* surplus embryos permeates the couple's decision making about the fate of these, marked by uncertainties, fears and feelings of solidarity, coupled with this is the fact that the contemporary world is a way of life in which the fluidity values is emphasized, the fragility and transience of emotional ties are *crucial*. It must also say that the importance of the thought was appreciated throughout the course and the outcome of this study was chosen to emphasize how powerful it is. Considering that the propositions or suggestions in sight, before anything else, "the Thinking" in the sense of preparation as output for those who experience the anguish of the decision-making than doing with their embryos.

Keywords: bioethics. assisted human reproduction. embryo donation

LISTA DE SIGLAS

ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BAGOZZI	Faculdade Padre João Bagozzi
BCTG	Banco de Células e Tecidos Germinativos
BVS-PSI	Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CENARGEN	Centro de Recursos Genéticos e Biotecnologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNA	Cadastro Nacional de Adoção
CNBS	Conselho Nacional de Biossegurança
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNRC	<i>Centre National de la Recherche Scientifique</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECART	<i>The Ethics Committee on Assisted Reproductive Technologies</i>
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
ESCA	Esterilidades Sem Causa Aparente
ESHRE	<i>European Society of Human Reproduction and Embryology</i>
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FIV	Fertilização <i>in vitro</i>
FIVET	Fertilização <i>in vitro</i> com Transferência de Embriões
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GIFT	Transferência Intratubária de Gametas
HCG	Gonadotrofina Coriônica Humana
HGP	<i>Human Genome Project</i>
IA	Inseminação Artificial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMART	<i>International Committee Monitoring Assisted Reproduction Technologies</i>

ICSI	Injeção intracitoplasmática de Espermatozoides
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NTRHA	Novas Técnicas da Reprodução Humana Assistida
OGM	Organismos Geneticamente Modificados
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PGH	Projeto Genoma Humano
PRÓ-NÚCLEO	Associação Brasileira de Embriologistas
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REDLARA	Rede Latinoamericana de Reprodução Assistida
RHA	Reprodução Humana Assistida
SBE	Sociedade Brasileira de Esterilidade
SBRA	Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida
SHO	Síndrome da Hiperestimulação Ovariana
SisEmbrio	Sistema Nacional de Produção de Embriões
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TN	Transferência de Núcleos
TRA	Técnicas de Reprodução Assistida
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNB	Universidade de Brasília
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
WIN	<i>Worldwide Independent Network of Market Research</i>

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Doações para pesquisa com células-tronco (2015).....	112
Gráfico 2 – Serviços de RHA no Brasil (2015)	113
Gráfico 3 – Embriões criopreservados no Brasil (2015)	113
Gráfico 4 – Embriões transferidos no Brasil (2015)	114
Gráfico 5 – Embriões descartados no Brasil (2015).....	115
Gráfico 6 - Gênero dos entrevistados	138
Gráfico 7 – Idade dos entrevistados	138
Gráfico 8 – Escolaridade dos entrevistados	139
Gráfico 9 – Pergunta 1	139

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1 Percurso pessoal da pesquisadora com o objeto.....	14
2 A dimensão da concretude lógica a qual o objeto está inserido	22
2.1 Previsão Orçamentária	31
3 Percurso metodológico	37
4 Preâmbulo do objeto de pesquisa	56
PARTE 1 REFERENCIAL TEÓRICO	65
1.1 Bioética	65
1.1.1 <i>Um pouco do histórico da bioética</i>	<i>75</i>
1.1.2 <i>Revisitando o conceito de bioética</i>	<i>80</i>
1.1.3 <i>Princípios básicos da bioética</i>	<i>82</i>
1.2 Reprodução Humana Assistida	86
1.2.1 <i>Separação entre sexo e procriação a partir da revolução feminina.....</i>	<i>87</i>
1.2.2 <i>Conceituação da Reprodução Humana Assistida</i>	<i>89</i>
1.2.3 <i>Cronologia da reprodução humana mundial.....</i>	<i>92</i>
1.2.4 <i>Percurso histórico da reprodução humana no Brasil.....</i>	<i>95</i>
1.3 Doação de embriões	102
PARTE 2 PESQUISA.....	129
2.1 Metodologia	129
2.2 Seleção do material empírico.....	131
2.3 Análise do material empírico.....	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS OU (IN)CONCLUSÕES	147
REFERÊNCIAS.....	161
GLOSSÁRIO	174
APÊNDICE	177

APÊNDICE A – Termo de Livre e Esclarecido Consentimento (TLCE)	178
ANEXOS	
ANEXO A – Lei de Biossegurança- Lei n. 11.105 de 24 de março de 2005	180
ANEXO B – Resolução CFM n. 1.358/1992	191
ANEXO C – Resolução CFM n. 1.957/2010	193
ANEXO D – Resolução CFM n. 2.013/2013	196
ANEXO E – Resolução CFM n. 2.121/2015	200
ANEXO F – Resolução RDC n. 29 de 12 de maio de 2008.....	203
ANEXO G – Solicitação de autorização da pesquisa junto ao Centro de Reprodução Humana da Rede <i>Mater Dei</i> de Saúde, em Belo Horizonte (MG)	206
ANEXO H – Retorno da solicitação de autorização de pesquisa do Centro de Reprodução Humana da Rede <i>Mater Dei</i> de Saúde, em Belo Horizonte (MG)	207
ANEXO I – Parecer Consubstanciado do CEP	208



Fonte: MUSEO FRIDA KAHLO, 2016.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1 Percurso pessoal da pesquisadora com o objeto

“É comum a gente sonhar, eu sei
Quando vem o entardecer
Pois eu também dei de sonhar
Um sonho lindo de morrer
Vejo um berço e nele eu me debruçar
Com o pranto a me correr
E assim, chorando, acalantar
O filho que eu quero ter.”
(MORAES; PECCI FILHO, 1975).

A ideia que versa essa dissertação é do esplêndido que a Reprodução Humana Assistida (RHA) traz: a possibilidade de fazer um filho em um casal isento de fertilidade. O que se apresenta é o extraordinário que nos coloca perante ao inacreditável de se fazer.

A estética foi contemplada em todo o trabalho, pois, sob o ponto de vista desta pesquisadora, é a expressão mais ampla do Humano. A partir da arte (poesia, música, literatura, pintura, cinema, dentre outras) é possível dizer aquilo que muitas vezes a letra dura das palavras não conseguem.

Para tanto, foi realizado um recorte nesta dissertação, pois embora este trabalho tenha o foco na infertilidade do casal, o olhar é especialmente para a maternidade. Esta é a razão que justificaria a figura apresentada nesta parte da dissertação: quadro da pintora mexicana Frida Kahlo, representando a dor da infertilidade inscrita no corpo feminino.

A humanidade deve muito a alguns visionários que, movidos por sua curiosidade, dedicaram suas vidas a entender como o mundo funciona. Por causa deles, a qualidade de vida desse tempo deu grandes saltos, e muito do que consideramos hoje lugar comum só foi possível por causa de certas descobertas e avanços científicos.

Foram descobertas/invenções que se configuraram inimagináveis e revolucionaram o jeito do homem viver e de compreender o mundo. Assim como a Reprodução Assistida, tomemos algumas delas para efeito de ilustração do que o homem foi e é capaz em termos de ciência: a descoberta de Nicolau Copérnico revolucionou a ciência ao mostrar que a Terra gira em torno do Sol, a descoberta da

eletricidade, a Seleção Natural de Darwin, a Teoria da Relatividade, a Chegada do homem à Lua, a pílula contraceptiva, o mapeamento genético ou Projeto Genoma Humano (HGP), dentre tantos outros.

Todos os exemplos que foram citados são frutos de avanços da ciência que até há pouco tempo era impensável!

A predição de um futuro bizarro não é outra coisa que um presente magnífico!

Em 1932, o romancista Aldous Leonard Huxley publicava o livro “Admirável Mundo Novo”, o qual nos faz refletir acerca dos avanços da ciência nos afetam como seres humanos.

É somente por meio das ciências da vida que se pode mudar radicalmente a qualidade desta. As ciências da matéria podem ser aplicadas de tal modo que destruam a vida ou a tornem irreversivelmente complexa e desconfortável; mas, a menos que sejam usadas como instrumentos pelos biólogos e psicólogos, não podem modificar as formas e expressões naturais da própria vida. [...] Os homens que governam Admirável Mundo Novo não são sãos de espírito (no sentido ‘absoluto’ da expressão), mas não são loucos. Sua meta não é a anarquia, e sim a estabilidade social. É para alcançar essa estabilidade que eles realizam, por meios científicos, a revolução última, pessoal, verdadeiramente revolucionária. (HUXLEY, 2015, p. 11-12).

O que vemos são os impasses do Tempo Presente¹ a que são submetidos a tecnociência e impostos à humanidade. Não dá para negar que a ciência transforma o desafio da vida íntima e da vida privada nos grandes desafios da vida pública.

Não se trata de desresponsabilizar a mãe criteriosa, quaisquer que sejam as restrições limitadoras do amor, do que faz de suas normas um dogma definitivo. Trata-se de perceber que o que definimos muitas vezes já está estabelecido. Para a mulher que mantém em seu coração o desejo de ser mãe e que se depara com o “não poder procriar”, lateja “n’alma” a dor da impotência.

¹ Conceito teórico criado pela Professora Dra. Helen Barbosa Raiz Engler em suas explanações didáticas e acadêmicas para designar três fatores fundantes presentes no estudo da ciência da Ética e da Bioética. São eles: a imprevisibilidade dos resultados, a irreversibilidade dos processos e o anonimato dos autores/pesquisadores. Estes fatores são prementes para que haja a possibilidade de se fazer uma ponte reflexiva entre os desafios das descobertas da tecnociência e os Princípios da Bioética.

Filhos do coração ou filhos consanguíneos, filhos da ciência, de qualquer forma são nomeações que pouco dizem do compromisso, do envolvimento mais profundo, da união imorredoura entre dois seres.

Mesmo que haja a precisão e a impessoalidade da proveta, na letra dura da lei ou mesmo no fortuito desejo que se transformou em filho, ainda assim, haverá a maternidade e seus mistérios. A inexplicável relação de amor que une o desejo de ser mãe à realização do sonho de ter nos braços um filho para acalantar, é deste mistério que se trata a maternidade. Há uma singularidade nestas mulheres, no desejo delas, no significado que elas dão a esta realização. Há um teor de significado, um teor axiológico deste desejo e na ação de ser mãe.

É partir da liberdade consciente que estas mulheres agem e escolhem por todo percurso a que se submetem a um tratamento de Reprodução Humana Assistida (RHA), embora nem sempre certas de tudo que trilharão.

É ressaltante ainda explicitar que a maternidade pode ser almejada pelo social, pelo casal, pelos familiares, pela própria mulher ou ainda por outros. Enfim, o essencial é dizer que desejo e querer são conceitos diferenciados. O que se acha desejar, apenas se quer e não necessariamente todo este investimento representa o desejo da mulher, mas nosso estudo não versará sobre este ponto de discussão, mesmo que ele se faça importantíssimo.

A ação destas mulheres é sustentada por seu desejo, pois só assim poderão enfrentar as possíveis adversidades do tratamento de RHA em contrapartida à realização da maternidade, que podem ser exemplificadas como as provas a que seu corpo é colocado: exames incômodos e muitas vezes invasivos, inúmeras injeções de hormônios que podem inclusive ocasionar sérios problemas, como por exemplo, a Síndrome da Hiperestimulação Ovariana (SHO) que é uma complicação decorrente do estímulo ovariano com indutores de ovulação, podendo levar a quadros graves e, em casos extremos, até à morte.

É notório que o corpo feminino está mais exposto a exames e procedimentos mais invasivos, assim como aos possíveis infortúnios como efeitos colaterais de medicamentos do que o corpo masculino que também se coloca neste processo de tratamento.

Vale ainda salientar que em todo este processo variados sentimentos podem surgir ou antes mesmo do seu início podem já existir e até mesmo progredirem com

o decorrer das etapas. São eles: ansiedade pela incerteza da gravidez, angústia, sentimentos de menos valia, tristeza profunda, entre outros.

Nos casos em que se constata apenas a infertilidade na mulher, não havendo nenhum problema com os homens, a participação destes últimos nos procedimentos do tratamento é considerada em menor parcela, haja vista a coleta de esperma para investigação diagnóstica e posterior procedimento laboratorial pode resumir a sua participação. Embora seja incômodo esta coleta, não é nada comparável ao que o corpo feminino é submetido.

É relevante dizer aqui só nos ativemos à descrição da participação masculina no que diz respeito ao biológico. Quanto ao seu envolvimento psicológico, pode haver grandes dificuldades, como abaixo será melhor explicitado.

Obviamente que, quando diagnosticada infertilidade masculina, o teor dos exames e até procedimentos cirúrgicos podem ser mais gravosos e penosos. Mas de maneira geral, a participação dos homens no tratamento pode ser considerada mais simples, o que não significa que lidem mais tranquilamente com seus sentimentos. O fato de terem sido submetidos à coleta de seu material genético para exame diagnóstico pode ocasionar desconfiança quanto à sua virilidade, correspondendo até mesmo à baixa autoestima, dentre outros sentimentos de igual valor.

Lembremos das palavras de Souza e Moura (2009, p. 56):

A problemática da infertilidade pode trazer, para além da dimensão orgânica, sofrimento psíquico, podendo ser vivido por eles como um momento de crise, gerando desajustes pessoal e social. Muito raro seria uma mulher ou um homem passar incólume a tal questão. Haja vista diferentes pesquisas apontarem a interferência de aspectos emocionais nos tratamentos de infertilidade, seja como causa, ou no surgimento ao longo dos mesmos.

Os pacientes a que nos referimos neste estudo apostam na sua realização naquilo que a ciência oferta como possibilidade de saída ao jugo da infertilidade.

Para tanto, a partir do que nos ensina Hannah Arendt sobre a ação e a liberdade, é que compreendemos que estes pacientes escolhem serem protagonistas de sua história ao escolherem um tratamento e não se fecharem num diagnóstico duro como da infertilidade, pois para Arendt somente no momento da ação é que se experimenta a liberdade. A liberdade de que se trata aqui é o da

liberdade destas mulheres escolherem serem protagonistas de sua história, agirem ao escolherem um tratamento.

Émile Durkheim (apud BAUMAN, 2001, p. 228) sugere que apenas “[...] ações que têm uma qualidade duradoura são dignas de nossa volição, apenas prazeres duradouros são dignos de nossos desejos.”

Bauman (2001, p. 192) nos apresenta os conceitos fluidez e liquidez para nos dizer de valores que se movem, escorrem, esvaem-se e assim nos sugerir que os tempos vividos por nós apresentam valores e laços afetivos efêmeros. Reitera ainda que “[...] a sociedade em que vivemos está despreocupada com o futuro, egoísta e hedonista.”

Mas há uma parcela da população, embora ciente do caos do mundo em que vive, ainda acredita na sua descendência, no poder das gerações futuras, pois travam uma ingente bravata para ter no colo um filho.

Elizabeth Badinter (1985) de antemão nos salienta que os atributos de afeto não são prerrogativas do amor materno e que há um mito que sustenta a polêmica acerca de que o amor materno é instintivo, imaculado e incondicional acerca deste tema.

Reitera a autora:

Todo afeto para se dar precisa de proximidade física e emocional. Deve ser conquistado com e na convivência. E na intimidade das relações construídas no cotidiano que germina, cresce e frutifica. E o amor materno não foge a essa regra. Não é decorrente, como se crê, da ação de algum instinto. É afeição que, como qualquer outra, necessita de reciprocidade desenvolvida em um relacionamento estreito e contínuo que assegure confiança e familiaridade aos que dele se nutrem. (BADINTER, 1985, p. 45).

Distante da premissa da condição instintiva de amor dada às mulheres, rechaçada por Badinter (1985), pensemos que, para as mulheres que nutrem “na alma” o imenso desejo de carregar um filho no ventre e que se deparam com impedimentos para isto, há de se considerar que a maternidade seria a máxima da exequibilidade de um desejo. E somente o desejo posto a tantas provas suporta a frieza, e porque não dizer, a inumanidade da ciência, pois as probabilidades estatísticas não respondem de outro modo àquilo que não tem resposta.

A ciência com as estatísticas de êxito no tratamento não consegue abrandar o coração desejoso com as inconclusivas respostas ou números probabilísticos. Quem

quer um filho o deseja com fervor e não suporta pensar quais as suas chances de sucesso ou insucesso.

São muitas as incitações a que estas mulheres se sujeitam: emocional, financeiro, social, cultural e religioso. Não esquecendo que, do lado de quem trata, há também investimento. Há todo um arcabouço teórico científico conjuntamente à precisão do seu uso. Mas há também a humanidade dos profissionais que lidam tanto com a materialidade do corpo que se submeterá à “precisão da proveta” quanto com a humanidade daquela que sofre. A humanidade tanto de um quanto de outro reflete crenças religiosas, desafios éticos e inúmeras expectativas.

É crível que os avanços tecnocientíficos da RHA trazem cada vez mais a possibilidade de realização daquilo que parecia irrealizável, mas longe está de conseguir dar um filho a todas que investiram tanto. Há algo para além do que a ciência pode fazer. Há algo de inexplicável também e que precisa ser considerado para além dos frios e duros dados a que se prezam a mostrar as Associações, Sociedades de Reprodução Humana Assistida, representantes da ciência.

Quando são apresentados dados como: “A Infertilidade atinge homens e mulheres na mesma proporção. Cerca de 30%, causa masculina, 20% apresentam causas associadas e para 20% dos casos não é identificada causa aparente” ou “[...] a possibilidade gravidez na Fertilização *in vitro* gira em torno de 30%” (REDLARA, [2016a]), não há consonância com os sentimentos, pois o que se espera, de fato, é a certeza de uma gravidez.

As estatísticas estão longe daquilo que se espera de um tratamento, e o que às vezes ocorre é uma falsa esperança no que a ciência pode possibilitar.

“O real da vida traz risco, dor e poesia que o humano desafia”, esta frase foi escrita por esta pesquisadora, num momento em que a “gestação” ou melhor da elaboração desta pesquisa foi se dando como na maternidade, o momento mais poético de sua vida, de pura e total inspiração. Outrora, a dor teve lugar. Foi o momento de encontro com a infertilidade, mas que ficou para trás. Nem todas as mulheres significam da mesma forma a maternidade, assim como a infertilidade.

Este estudo tem o olhar para pessoas que, além de desejarem um filho, passaram por vales em que a morte esteve presente, representado a cada “chegada da menstruação”, epílogo de um ciclo ovulatório, pois simboliza a perda da gravidez em fantasia, sendo confirmado a cada teste de gravidez

(Gonadotrofina Coriônica Humana ou Beta HCG)² negativado. A experiência de morte deve-se a um filho morto, filho este, em sonho, em potencial, mas filho morto pela “bendita sangria”. Mas para a mulher infértil, constitui-se em flagelo esta perda, podendo significar novo fracasso.

É no contexto da dualidade da experiência de morte com o desejo vivo de que a vida se faça presente é que estas pessoas estão inseridas. Será que a vida pode ser melhor entendida através da morte? E fertilidade através da (in)fertilidade.

É desafiante também para a ciência que as estatísticas não consigam abrandar as angústias, a pungência da dor da impotência, do limite, que manifesta para o paciente, assim como para toda a Equipe Técnico-administrativa (médicos, embriologistas, enfermeira, entre outros).

Muito embora não vivamos mais um tempo em que a maternidade apareça como uma obrigação, mas uma opção, para quem tanto a quer e que se dá conta de que, mais que uma construção cultural, a maternidade é um desejo que passa pela escolha, é um mistério que um papel tão óbvio de ser cumprido não o seja para todas as mulheres. Retumba então uma pergunta que causa muita dor: “Só eu não tenho filho e tão pronta para ser mãe eu sempre estive. Então, por que eu?”

Assim, o tema desta dissertação perpassa os avanços da tecnociência na Reprodução Humana Assistida e os impactos éticos e emocionais no destino de embriões excedentários, considerando o inédito, fantástico, pois não se furta em apresentar, de uma forma ou de outra a pequenez humana perante o processo civilizatório.

Lembrando que este mestrado tenha iniciado em 10 de março de 2014, com a proposta da seguinte pesquisa: “O pensar como antídoto à violência”, quando foi direcionado para: “Bioética na Reprodução Humana Assistida: os impactos éticos e emocionais na problemática do destino de embriões excedentários em novembro/2014.”

Ressaltando que o objetivo geral da primeira proposta de pesquisa era:

- Compreensão das razões que levam e motivam os jovens entre 12 e 18 anos em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida no

² Beta hCG ou BhCG é a sigla usada para um hormônio chamado gonadotrofina coriônica humana, cuja dosagem sanguínea é amplamente utilizada como teste de gravidez. A dosagem do beta hCG é um método com elevada acurácia para o diagnóstico de uma gestação.

município de Passos/MG a entrarem para o tráfico de drogas e consequentemente persistirem na violência.

Tema este que mereceu atenção e afeto, pois foi despertado a partir do trabalho desenvolvido como psicóloga nas Secretarias de Assistência Social das Prefeituras de Belo Horizonte (MG) e Passos (MG).

Contudo a mudança da temática pesquisada teve seu despertar em novembro de 2014 ao participar do curso: “Parentalidade e Reprodução Humana Assistida (RHA)” no Congresso Ciência e Profissão em São Paulo (SP) com grupo de psicólogas da área da Reprodução Humana. Dentre elas: Julieta Quayle³, Kátia Straube⁴ e Rose Marie Massaro Melamed⁵. Desse encontro foi possível pensar a proposta de uma pesquisa na área da Psicologia, da Reprodução Humana Assistida (RHA) e seus desafios éticos.

A inquietação dessa pesquisadora em relação à temática pôde ser observada por sua orientadora e o rumo da pesquisa pôde ser alterado.

Foi da mais bela ignorância que se iniciou a construção de uma sábia e amorosa relação com o tema Bioética e Reprodução Assistida e então, desenterrado uma dolorosa experiência pessoal⁶ desta pesquisadora com a infertilidade.

Esta vivência como ponto de partida atualizou sentimentos difíceis e fez cemitérios antes esquecidos fossem então rememorados.

Dos cemitérios antes enterrados à pergunta para uma pesquisa, uma transformação pessoal da pesquisadora foi inevitável. O inédito da questão

³ Julieta Quayle é psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

⁴ Kátia Straube é psicóloga, mestre em Sociologia e Professora de Pós-graduação da Faculdade Padre João Bagozzi (BAGOZZI), Curitiba (PR).

⁵ Rose Marie Massaro Melamed é psicóloga do *Fertility Medical Group* - Centro de Fertilização Assistida de São Paulo (SP).

⁶ “Só eu não tenho filho e tão pronta para ser mãe eu sempre estive”. Foi a partir da escrita desta frase que está pesquisadora desenterrou alguns de seus cemitérios em torno da maternidade e seus mistérios. Embora fosse imperativo que ela estivesse preparada para a maternidade e nenhum diagnóstico justificasse este desejo irrealizado, foi a partir dos avanços da ciência e da sustentação do desejo da pesquisadora e de seu marido que está maternidade pôde se concretizar. Foram vários os procedimentos sujeitados pela pesquisadora e seu marido, para terem realizado este sonho. Vários sentimentos acompanharam este percurso, mas o que sempre predominou foi a decisão de persistir. A persistência é uma característica da pesquisadora e que foi herdada de suas avós e de sua mãe. Uma inquietude sem nome que se expressa numa fé teimosa para superar os obstáculos encontrados no caminho. É possível perceber que a persistência daquelas pessoas que estão neste processo de tratamento do RHA é o tempo todo colocado à prova, pois somente o desejo poderia dar conta de levar à cabo tal empreitada. Dos vários depoimentos lidos no livro de Cláudia Collucci (2000) é possível averiguar como características comuns: a persistência e o desejo se fazendo presente.

apresentada, Reprodução Humana Assistida traz o fantástico e mostra a pequenez humana perante o processo civilizatório planetário.

O que o tempo presente desafia são questões não para a ciência, mas para os homens que a fazem. Ter uma visão humanitária para além de propostas científicas moderníssimas como: Criopreservação de Embriões, Preservação da Fertilidade, Diagnóstico Genético Pré-implantacional, Tipagem Genética, entre outros é o grande desafio a que estes homens cientistas podem se ver submetidos. Este é enlace da Bioética com a Reprodução Humana Assistida.

Concomitantemente à vivência de uma realidade concreta, foi reavivada a possibilidade de investigar a realidade de sujeitos que vivenciaram os avanços tecnológicos da RHA, seja como pacientes que tiveram que decidir pelo destino de seus embriões criopreservados ou como profissionais da Equipe Técnico-administrativa de uma Clínica de Reprodução Humana Assistida e sua percepção pessoal em relação a esta problemática.

2 A dimensão da concretude lógica a qual o objeto está inserido

Cada obstáculo dever ser negociado quando chegar sua vez; a vida é uma sequência de episódios – cada um a ser calculado em separado, pois cada um tem seu próprio balanço de perdas e ganhos. Os caminhos da vida não se tornam mais retos por serem trilhados, e virar uma esquina não é garantia de que os rumos corretos serão seguidos no futuro.
(BAUMAN, 2001, p. 175).

A partir da vivência pessoal desta pesquisadora na Reprodução Assistida e o que nela pôde ser despertado durante o curso: “Parentalidade e RHA”, foi possível se abrir para a construção de uma práxis que se constituiu a partir da fundamental interação entre aspectos teóricos e práticos. Essa inquietação do realizar-se mãe através dos avanços da tecnociência motivou essa pesquisa.

Ressaltando mais uma vez que a gestação biológica não é a única forma de realização da maternidade, mas para as mulheres das quais se trata nesta pesquisa, a adoção de uma criança como alternativa ainda não fora pensada. São mulheres que apostaram na maternidade biológica como única alternativa para o impedimento do qual se depararam – a infertilidade- e por esta razão procuraram tratamento nas Clínicas de Reprodução Humana Assistida (RHA).

Como Psicóloga que escolheu conversar com o social, e por esta razão o mestrado numa Faculdade de Serviço Social, esta pesquisadora não pôde ignorar seu anseio por escutar a vivência emocional e ética envolvida na questão da RHA e de sua vivência pessoal à sistematicidade da pesquisa, muito caminho foi percorrido. O que ela experimentou em seu corpo com as Novas Técnicas Reprodução Humana Assistida (NTRHA), trouxe esperança em seu “coração” e em seu ventre viu brotar uma vida.

Com a experiência de mulheres que viveram a dor, dentre outros sentimentos, a angústia de não engravidarem naturalmente, a esperança de conseguirem se realizar na maternidade e posteriormente o agradecimento ao apostarem seu desejo na ciência, nascia um tipo de conhecimento próprio, o conhecimento empírico.

Da experiência da realidade concreta da Equipe Técnico-administrativa (médicos, embriologistas e enfermeira) de uma Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo que acompanha o tratamento de mulheres ávidas por um filho e sofridas por não o conseguirem naturalmente é que esta pesquisa se desenha.

Estas mulheres foram submetidas à uma das NTRHA, Fertilização *in vitro*, engravidaram e tiveram seus embriões criopreservados. Para tanto, foram desafiadas a pensarem e a optar pelo destino destes embriões.

Tomando Genival Veloso de França (apud SILVA, W. R. B., 2002, p. 1), conceituamos a Reprodução Humana Assistida (RHA) como:

[...] conjunto de procedimentos tendentes a contribuir na resolução dos problemas da infertilidade humana⁷, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas ou condutas tenham sido ineficazes para a solução e obtenção da gravidez desejada. É cediço que durante muitos anos, explica citado autor, que a Reprodução Humana Assistida recebeu diversas denominações como: ‘Fertilização artificial, fecundação artificial, fecundação por meios artificiais, impregnação artificial, concepção artificial, semeadura artificial, inseminação artificial, fecundação *in vitro* ou Fertilização matrimonial’. Em termos simples, a técnica da reprodução assistida é auxiliar a Fertilização ao aproximar espermatozoides⁸ dos óvulos⁹. Existem vários tipos de

⁷ Infertilidade, como é definida pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) é a ausência de gestação por um período mínimo de dois anos, apesar da prática regular de relação sexual.

⁸ Espermatozoide: células reprodutoras masculinas (OLIVEIRA, 2006, p. 257).

⁹ Óvulo: gameta feminino que quando fecundado gera um outro ser; ovo pequeno.

procedimentos que podem ser realizados e a indicação deles depende de cada caso, podendo envolver desde inseminação artificial até um ciclo de tratamento de Fertilização *in vitro* (FIV)¹⁰ também conhecido popularmente como método do bebê de proveta. Dentre as técnicas de Reprodução Assistida encontram-se a Inseminação Artificial (IA)¹¹, a Fertilização *in vitro* com Transferência de Embriões (FIVET) e a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI).¹²

O método de Fertilização *in vitro* foi usado pela primeira vez na Inglaterra em 1978, quando nasceu na cidade de Bristol, Louise Joy Brown, fruto de dez anos de pesquisa dos médicos Patrick Steptoe e Robert Geoffrey Edwards. Em 2010, este último, então com 85 anos, foi agraciado com um dos mais altos prêmios da medicina, o Nobel de Medicina e Fisiologia (JIANG, 2011).

Em 1984, o Brasil e a América Latina conheceram finalmente o primeiro bebê nascido pela técnica da Fertilização *in vitro* (FIV). A criança, Anna Paula Caldeira, nasceu no dia 7 de outubro, em São José dos Pinhais, na região metropolitana de Curitiba (PR). A mãe, Ilza Caldeira, então com 36 anos, sofreu uma infecção denominada peritonite, que a impedia de engravidar.

Badalotti (2005) nos lembra que desde o nascimento do primeiro “bebê de proveta”, a técnica teve vários desdobramentos e hoje em muitos países é utilizada doação de material genético, criopreservação de embriões, diagnóstico genético pré-implantacional, doação temporária de útero, sem contar a pesquisa em embriões, que é praticada em pequena escala, e a clonagem reprodutiva.

Os profissionais envolvidos com essa tecnologia devem respeitar a autonomia e o direito reprodutivo dos casais; ou seja, o princípio da beneficência (que será melhor explicitado na Parte I do respectivo estudo), não desrespeitar o embrião e preocupar-se com os interesses da criança, ou seja, princípio não maleficência (que

¹⁰ A técnica de Fertilização *in vitro* (FIV) ou “Bebê de Proveta” como é também conhecida pelo fato de a fecundação do óvulo pelo espermatozoide ocorrer fora do corpo, em laboratório, ou seja, *in vitro*. Basicamente, retira-se um ou mais óvulos da mulher, e neste adicionam-se os espermatozoides do marido ou companheiro. Se houver Fertilização, os pré-embriões resultantes entre 48 à 72h são transferidos para o útero com o uso de um cateter, dando início a uma gravidez normal.

¹¹ “A inseminação artificial é o processo de introdução dos espermatozoides diretamente no interior da vagina ou no útero [...]. É um procedimento relativamente simples e indolor, realizado no consultório médico. Numa técnica denominada inseminação intra-uterina (IAIU), o médico insere os espermatozoides diretamente no interior do útero, próximo do momento da ovulação.” (IPGO, 2011).

¹² Injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI): consiste na deposição mecânica de um único espermatozoide no interior do citoplasma oocitário.

será melhor explicitado na Parte I do respectivo estudo), não desrespeitar o embrião e preocupar-se com os interesses da criança).

Lembremos que após a realização da técnica da FIV, comumente haverá a possibilidade de uma produção alta de oócitos¹³ que, por sua vez, possibilita a fertilização de um número alto de embriões. Portanto, os pré-embriões excedentes são levados à criopreservação ou como popularmente é conhecido, congelamento, e podem ter diversos destinos: transferência futura em ciclos posteriores naturais ou induzidos, doação a outros casais inférteis, disponibilização para pesquisa (principalmente as relativas às células-tronco) (OLIVEIRA, 2006).

Segundo Renata Oliveira (2006, p. 157):

A criopreservação é uma técnica relativamente nova; primeira utilizada foi em 1983, na Austrália. Consiste basicamente, em revestir o pré-embrião de 1 (um) a 3 (três) dias por uma substância crioprotetora (glicerol) que o protegerá dos efeitos do congelamento e colocá-lo em um botijão de nitrogênio líquido a uma temperatura de - 196° C.

Da complexa relação entre a ética, o emocional, o cultural e o religioso que interfere no destino de embriões criopreservados é a questão deparada por essas mulheres após se realizarem na maternidade. Também os profissionais da Equipe Técnico-administrativa merecem ser escutados na sua dimensão pessoal, ética, cultural, emocional, pois além do investimento intelectual e instrumental, também investem muito de sua humanidade. E por isto, torcem, acreditam, sofrem, se frustram, perguntam e se angustiam. Alguns destes profissionais desafiam a ciência e colocam suas crenças “à prova” quando “cantam” para os embriões^{14 15} congelados em botijões de nitrogênio líquido a 196° C, na esperança de que aquele material genético “venha a se tornar um filho” para o casal ou a mulher ansiosa e esperançosa pela maternidade/paternidade.

A psicóloga Julieta Quayle, em um artigo intitulado: “Embriões Excedentes: Relações Afetivas - Abandono e Questões Éticas”, discute as possibilidades

¹³ Oócitos: óvulos.

¹⁴ **Embrião:** é o produto da concepção. **Pré-embrião:** é a denominação utilizada por alguns autores, em especial norte-americanos, para o conceito humano nos primeiros seis a sete dias de desenvolvimento, isto é, desde a fecundação até a implantação no útero (GOLDIM, 1998).

¹⁵ Este foi um fragmento de uma experiência citada por uma profissional na entrevista na Clínica pesquisada e que não poderia deixar de ser apresentada aqui, pois demonstra como a humanidade de cada se expressa e que é possível uma Ciência mais Humana, pois ela é feita por Homens. Homens com sentimentos, antes de mais nada.

representacionais balizadas por preceitos éticos que os casais que vivenciam a experiência de doar seus embriões passam. “Inegavelmente, as questões de morte e risco se tornam presentes nesse processo decisório, inclusive em nível consciente, permeando as dificuldades alegadas para que uma ou outra decisão seja tomada.” (QUAYLE, 2009, p. 136).

A perspectiva psicossocial é o pano de fundo desta pesquisa no qual está inserido o objeto de estudo desta Pesquisa. Assim a proposta da Pesquisa Científica é a construção da ciência, que “[...] se constitui aplicando técnicas, seguindo um método e apoiando-se em fundamentos epistemológicos”, segundo nos orienta Severino (2007, p. 117).

A experiência da realidade concreta foi a base primeira para se construir o conhecimento científico, embora neste processo de construção, muitos percalços fizessem parte e tivessem que ser transpostos pela pesquisadora. Ressaltando que alguns deles abriram para o debate de questões de âmbito econômico, cultural, político e ético acerca da construção da pesquisa científica.

O **conhecimento científico**, segundo Freitas (2015) precisa ser entendido enquanto uma possibilidade para a análise da realidade. Turato (apud FREITAS, 2015, p. 19) reitera que é possível entender as formas do conhecimento humano a partir das seguintes tipologias: senso comum, empírico, filosófico, mágico, religioso e científico. Em relação ao **conhecimento senso comum** é o conhecimento construído a partir de opiniões acerca da realidade, mas opiniões que não se baseiam em análises críticas. “Neste **conhecimento** é possível encontrar elementos que podem ser verdadeiros, mas também elementos que não resistem a uma análise acurada, que não se sustentam enquanto expressão da realidade.” (TURATO apud FREITAS, 2015, p. 19).

Sobre o **conhecimento empírico**, há limitações no fato de que as experiências humanas são diferenciadas e a familiaridade com determinada situação por vezes não permite que o sujeito visualize outras possibilidades de entendimento naquela realidade.

O olho vê. A lembrança revê.
Mas é a imaginação que transvê,
Que transfigura o mundo.
(BARROS, 1996, p. 50).

Barros (1996) oferece como possibilidade transver a realidade, ir para além, através da imaginação, que traz tantas possibilidades quanto quantificar e observar, seria o conhecimento mágico.

Conhecimento mágico:

[...] se baseia em crendices, fantasias que não passam necessariamente pelos aspectos religiosos. Este conhecimento pode ser denominado uma forma de não conhecimento, de explicações e entendimentos baseados em mitos e outros elementos presentes principalmente no imaginário. (FREITAS, 2015, p. 19).

Já o **conhecimento religioso** “[...] possui a dimensão da fé, da crença em sua divindade e da concepção de que as ‘verdades’ propagadas são infalíveis.” (FREITAS, 2015, p. 19).

Conhecimento filosófico é um exercício da razão, pois busca através dela entender a realidade, mas sem que seja preciso observá-la, experimentá-la ou mesmo verificá-la.

Tipificar tais conhecimentos se faz relevante quando se compreende que o conhecimento científico é uma das perspectivas da racionalidade.

Dentre as ideias que o homem produz, parte delas constitui o conhecimento referente ao mundo. O conhecimento humano, em suas diferentes formas (senso comum, científico, teológico, filosófico, estético, etc.), exprime condições materiais de um dado momento histórico.

Como umas das formas de conhecimento produzido pelo homem no decorrer de sua história, a ciência é determinada pelas necessidades materiais do homem em cada momento histórico, ao mesmo tempo em que nelas interfere.

Quanto ao **conhecimento científico**, que não é senso comum e nem empírico, terá reflexões fundamentais para o entendimento da pesquisa enquanto ação e necessitando ser coerente, estar articulado em todas as suas etapas. Segundo Demo (apud FREITAS, 2015, p. 20), “[...] o que permite que este conhecimento seja considerado científico são as dimensões da coerência, a sistematicidade, a consistência, a objetivação e a discutibilidade.”

Severino (2007, p. 18) reitera que a “[...] produção do conhecimento científico é uma atividade epistemológica de apreensão do real.”

A pesquisa científica apresenta-se como uma das formas de se buscar conhecimento, não sendo a única a possibilitar o desenvolvimento de investigações

em busca do conhecer. Contudo, para que uma pesquisa seja reconhecida no mundo científico a mesma deve seguir procedimentos formais e métodos críticos e reflexivos que possibilitem a aproximação à verdade dos fatos.

Lembra-nos Bourguignon (2006, p. 41) que:

O processo da pesquisa exige do pesquisador domínio de fundamentos teóricos, bem como de um método de construção de conhecimentos, de procedimentos metodológicos coerentes com o objeto de investigação e o exercício da criatividade - qualidade necessária à elaboração de respostas inovadoras às problemáticas de pesquisa.

As questões motivadoras da investigação estão, portanto, relacionadas aos interesses do(a) pesquisador(a) e a contextos socialmente condicionados. Os aspectos de impasses que serão apresentados podem ser compreendidos como nuances de desafios de ordem econômica, ética e até mesmo política, tendo em vista a realidade do universo da pesquisa.

A perspectiva que orienta tal discussão é a compreensão da relação entre o investigador e o universo a ser investigado e esta deve se pautar na reflexão crítica do investigador para que estes aspectos sejam parte do processo de construção de uma pesquisa científica.

O estudo no qual nos referimos neste momento, perfaz os impasses encontrados pela pesquisadora ao longo do processo de construção da pesquisa.

No que tange ao universo ético, econômico e político podem ser apontados, dentre outros desafios, alguns deparados e enfrentados pela pesquisadora:

- Bibliografia acerca da temática,
- *Lócus* da pesquisa,
- Readequação do *lócus*, do sujeito e dos objetivos geral e específicos da pesquisa;
- Disciplinas da área pesquisada (Bioética e/ou Reprodução Humana);
- Aprovação do Projeto de Pesquisa em Comitê de Ética em Pesquisa;
- Bolsa de Estudos de Órgão de Fomento à Pesquisa.

Não há como passar incólume por eles e, por esta razão, a opção em refletir sobre os aspectos de maior dificuldade tornam-se desafios a serem encarados e pontos de construção da pesquisa.

Certos estamos de que, os “bastidores da pesquisa” também fazem parte da realidade a ser escutada, questionada e desvelada. Os pontos que apresentaremos não deixam de ser pontos desta realidade social.

Aprender a ouvir, permitir que esses rumores cheguem até nós, perceber suas linguagens, deixar propagar-se um som, definir-se um sentido, e um sentido inédito, é uma maneira de libertar-se um pouco do falatório ambiente, ficar menos preso à redundância, oferecer um pouco de campo ao pensamento. (FORRESTER, 1997, p. 67).

Numa perspectiva didática, expô-los-emos mais detalhadamente como foram aparecendo ao longo do processo de realização desta pesquisa:

✓ Disciplinas nas áreas da Bioética e/ou Reprodução Humana

Tendo em vista a área pesquisada ser as Ciências Biológicas (Bioética e Reprodução Humana), esta, distinta da formação da pesquisadora - Psicologia e do Programa de Pós-graduação, no qual este mestrado está inserido - Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, a necessidade em se conhecer e estudar com profundidade a temática, se fez essencial.

Assim, como orientação, houve a sugestão que a pesquisadora cursasse uma disciplina nas áreas a serem pesquisadas.

A condição de aluna especial afunilou tal possibilidade, aliada ao fato de não contar com bolsa de pesquisa de nenhum órgão de fomento à pesquisa. Ressaltando que a pesquisadora reside em Passos (MG), município que dista 100 km de Franca (SP), Brasil, onde está localizada esta Universidade e que, ainda, está a 385 km dos municípios de São Paulo, onde estão localizadas a Universidade Estadual Paulista (UNIFESP) e o Centro Universitário São Camilo, e, a 351 km de Belo Horizonte (MG), onde está localizada Universidade de Minas Gerais (UFMG) e 168 km de Ribeirão Preto (SP), onde está a Universidade de São Paulo (USP). Estas informações servem para ratificar pontos de dificuldade na frequência de disciplinas nas áreas sugeridas.

Foram procuradas disciplinas em várias universidades do Brasil, como Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), campus São Paulo, Centro Universitário São Camilo (SP), Universidade São Paulo (USP) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Em agosto de 2015 foi concedida a possibilidade de cursar a disciplina de Bioética com o Prof. Dr. Marcos Almeida na UNIFESP, o que trouxe apanágio e impulso para continuar a pesquisa. Lembrando o quanto esta

disciplina contribuiu no esclarecimento de dúvidas teóricas e também com sugestões bibliográficas acerca da Bioética na Reprodução Humana.

✓ Comitê de Ética em Pesquisa

Sabe-se que a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criada através da Resolução nº. 196/96, com a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. Tem uma função consultiva, deliberativa, normativa e educativa, atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam.

O registro do projeto de pesquisa no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) é um ponto de desafio a ser destacado, pois muitas são as exigências impostas para a inserção de dados.

Atlan (2004, p. 23) lembra-nos que:

Ciências e técnicas colocam atualmente problemas éticos que elas mesmas não sabem como resolver. A utilidade desses comitês consiste em criar as condições de um debate público sobre as questões cujos aspectos técnicos são por vezes muito complicados e desconhecidos do grande público, mas que não encerram o debate. Quando se lida com questões éticas, ninguém pensa em confiar apenas aos cientistas a tarefa de resolver esses problemas. Esses comitês iniciam o debate antes que ele se torne público e, às vezes mesmo, formalizado por meio de leis.

Mormente ressaltar que a pesquisadora está ciente das contribuições que os Comitês de Ética em Pesquisa no Brasil prestam para a pesquisa, tendo em vista este país ser o único na América Latina a conseguir barrar experiências com placebos.

Sendo assim, a observação que aqui se faz acerca das dificuldades pelas quais passa um(a) pesquisador(a) ao inserir dados na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde do Brasil precisam ser consideradas, pois sabe-se dos avanços, especialmente no Brasil em contar com estes Comitês.

✓ Bolsa de Estudos de Órgão de Fomento à Pesquisa

Ser um(a) pesquisado(a) sem uma bolsa de estudos de algum órgão de fomento à pesquisa é uma proposta penosa, já que são muitos os investimentos financeiros necessários para que a mesma se concretize.

Despesas de viagem (Passos-MG) a Franca (SP) para o cumprimento das disciplinas obrigatórias, bem como as viagens para São Paulo para a disciplina complementar na UNIFESP, além de inscrição, despesas de viagens como estadia em hotéis, alimentação, passagens aéreas ou ônibus para participação em Congressos e Simpósios, compra de livros, etc. tudo o que se faz necessário para o que se espera de um(a) pesquisador(a): a seriedade e responsabilidade.

A concessão da bolsa pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no valor de R\$1.500,00 se deu pelo período de junho de 2015 a março de 2016 e, anteriormente e posteriormente a estas datas, todas as despesas ficaram a cargo desta pesquisadora. Ressaltamos que esta bolsa foi concedida pela Reitoria da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” e por esta razão foi concedida apenas pelo período de 10 meses.

Abaixo, apresentaremos uma estimativa de custos advindos desta pesquisa para que possam ser confrontados os valores da Bolsa de Estudos e os gastos com a realização da pesquisa.

2.1 Previsão Orçamentária

A presente pesquisadora decidiu conscientemente pela informação destas planilhas nesta dissertação porque traz em seus valores a certeza do desenvolvimento da humanidade pelo processo educacional e este necessariamente é cunhado por seus recursos materiais. Ressaltamos que nas duas planilhas são apresentadas apenas uma estimativa de custos, sendo na primeira os custos do período de março de 2014 a 11 de novembro de 2015, período antecessor ao Exame de Qualificação do Projeto de Pesquisa e a segunda, pelo período de 11 de novembro de 2015 a 01 de agosto de 2016, período que antecedeu ao fechamento desta dissertação e então, posteriormente quando se deu a defesa da dissertação em 7 de outubro de 2016.

PLANILHA 1 – Previsão orçamentária – março 2014 a novembro 2015

Previsão Orçamentária	
Compra de Livros	
A condição Humana	R\$ 120,00
Bioética Em Tempos De Incertezas	R\$ 106,00
Bioética no início da vida - Dilemas pensados de forma transdisciplinar	R\$ 34,16
Bioética: Uma visão panorâmica	R\$ 48,00
Dicionário Mítico-Etimológico da mitologia grega	R\$ 155,90
Dicionários de Mitos Literários.	R\$ 64,00
Dos embriões aos homens	R\$ 16,80
Entre o passado e o futuro.	R\$ 69,89
Fertilidade e infertilidade humana	R\$ 40,00
Metodologia do trabalho científico	R\$ 89,00
Metodologia para quem quer aprender	R\$ 28,74
O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde	R\$ 62,00
O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação profissional	R\$ 44,82
O Útero Artificial.	R\$ 40,00
Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.	R\$ 25,00
Psicologia em Reprodução Assistida Experiências Brasileiras	R\$ 38,00
Três Ensaio de Bioética	R\$ 32,00
Iniciação à Bioética	R\$ 10,00
Teoria do Apego – A natureza do Vínculo	R\$ 91,20
Metodologia da Comunicação nos trabalhos científicos	R\$ 23,00
Disciplina isolada na Unifesp	
Alimentação	R\$ 300,00
Passagens	R\$ 160,00
Diárias Hotel	R\$ 657,00
Inscrição de Congressos	
VIII Congresso Internacional de Psicologia Clínica- Granada/Esp	R\$ 690,00
II Encontro Internacional de Políticas Públicas em Educação- Uni-FACEF	R\$ 30,00
VI Fórum Sociológico: Famílias e Direitos na Contemporaneidade / II Encontro Nacional de	R\$ 50,00
XI Congresso Latino-americano de Psicoterapia e II Congresso Brasileiro de Psicoterapia	R\$ 650,00
IV Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência & Profissão	R\$ 350,00
Despesas com passagens, hospedagem e alimentação em Congressos	
Hospedagem	R\$ 2.000,00
Passagens	R\$ 3.500,00
Alimentação	R\$ 1.000,00
Disciplina Obrigatórias e Optativas na Unesp	
Viagem de 200 km Passos(MG) - Franca(SP) - Passos (MG)	
Em 2013	
Preço da gasolina: R\$2,793/litro	
Consumo do veículo: 10km/litro	
km rodados por semana (1 viagem Passos - Franca - Passos): 200km	
Gasto com gasolina por semana: 200km x R\$2,793/litro / 10km/litro = R\$55,86	
Semanas de aula no ano: 18 semanas	
Gasto total com gasolina no ano: 18 x R\$55,86	R\$ 1.005,48
Em 2014	
Preço da gasolina: R\$2,931/litro	
Consumo do veículo: 10km/litro	
km rodados por semana (2 viagens Passos - Franca - Passos): 400km	
Gasto com gasolina por semana: 400km x R\$2,931/litro / 10km/litro = R\$117,24	
Semanas de aula no ano: 36 semanas	
Gasto total com gasolina no ano: 36 x R\$117,24	R\$ 4.220,64
Total combustível	R\$ 5.226,12

Fonte: Elaborado por Cynthia Silva Machado. Resultado da Dissertação

PLANILHA 2 – Previsão orçamentária – novembro 2015 a outubro 2016

Viagens para Pesquisa de Campo			
Data	Descrição	R\$	R\$
Clínica em Belo Horizonte 03/02/2016	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
	Alimentação	R\$ 230,00	
	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
	Hospedagem	R\$ 187,30	
	Estacionamento	R\$ 23,00	
Clínica em SP 24/02/2016	Viagem (Entrevistas Clínica)	R\$ 76,00	
	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
Clínica em SP 30/03/2016	Viagem (Entrevistas Clínica)	R\$ 76,00	
	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
Clínica em SP 06/04/2016	Viagem (Entrevistas Clínica)	R\$ 76,00	
	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
Clínica em SP 11/05/2016	Viagem (Entrevistas Clínica)	R\$ 90,00	
	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
Devolutiva da pesquisa	Viagem	R\$ 76,00	
	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
Devolutiva da pesquisa	Viagem	R\$ 76,00	
	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
Devolutiva da pesquisa	Viagem	R\$ 76,00	
	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
			R\$ 1.121,30
Congressos			
Congresso	Descrição	R\$	R\$
X Jornada de Psicologia em RHA (30/04/2016)	Inscrição	120,00	
	Passagens de ônibus	180,00	
	Alimentação	50,00	
	Transporte em SP	40,00	
IX CONGRESSO INTERNACIONAL e XIV NACIONAL de PSICOLOGIA CLÍNICA (17a 20/11/2016)	Inscrição	R\$ 690,00	
	Hospedagem	R\$ 1.000,00	
	Passagens	R\$ 2.000,00	
	Alimentação	R\$ 750,00	
	Transporte	R\$ 200,00	
	Outros		
Congresso da SBRHA (14 a 17/09/2016)	Inscrição	R\$ 180,00	
	Passagens	R\$ 190,00	
	Hospedagem	R\$ 500,00	
	Alimentação	R\$ 200,00	
	Outros		
			6.100,00
Reunião do Grupo de Pesquisa(Gepefa)			
Data	Descrição	R\$	R\$
02/05/2016	Passos- Franca(Reunião Gepefa)	R\$ 90,00	
	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
04/05/2016	Passos- Franca(Aula optativa)	R\$ 90,00	
	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
06/06/2016	Passos- Franca(Reunião Gepefa)	R\$ 90,00	
	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
04/07/2016	Passos- Franca(Reunião Gepefa)	R\$ 90,00	
	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
01/08/2016	Passos- Franca(Reunião Gepefa)	R\$ 90,00	
	Condução para levar filho na escola	R\$ 15,00	
			R\$ 525,00
Total			R\$ 12.053,70

Fonte: Elaborado por Cynthia Silva Machado. Resultado da Dissertação.

Para tanto, tais percalços ou desafios foram encarados como estímulo para a escrita de um artigo intitulado: “Reprodução Humana Assistida na realidade brasileira: possibilidades e desafios na realização de uma Pesquisa Científica”, apresentado e publicado no IX Congresso Internacional e XIV Nacional de Psicologia Clínica em Santander/Espanha, em 17 a 20 de novembro de 2016.

O pensamento de Einstein não só não pôde ser ignorado, como foi inspirador: “Louco é quem não crê em Deus, eu só não posso falar que é Deus, mas quando eu falei que há uma energia superior a tudo e que jamais a ciência explicaria, se remetam ao nome que vocês quiserem a ela.”¹⁶

E depois a brilhante fala:

- Enquanto eu for famoso eu serei um judeu, que na Alemanha é tido como um alemão, e na Inglaterra um franco-judeu. Mas se um dia eu cair no fracasso na Alemanha eu serei um judeu que precisa ser perseguido, na Inglaterra eu serei um franco-alemão que precisa ser persuadido.¹⁷

Os pontos desafiadores vivenciados pela pesquisadora puderam não só ser considerados, como também categorizados e analisados na pesquisa abrindo espaço para uma reflexão crítica. As dificuldades em ter autorizada uma proposta de pesquisa Psicossocial, é um destes impasses que traz à tona um questionamento de ordem política e até mesmo ética.

A dimensão econômica poderia ser pensada na discrepância entre o recebimento de uma bolsa de estudos de órgãos de fomento à pesquisa como, no caso específico a que tratamos, Bolsa Capes, e o empenho da pesquisadora em custear a compra de livros, inscrições, e viagens para congressos nacionais e internacionais.

Cabe lembrar que tantos questionamentos fazem parte do modo da pesquisadora que aclara a realidade que investiga, tendo como premissa o pensar. Para Viviane Forrester (1997, p. 20):

O pensamento é algo que certamente não se aprende; e a coisa mais compartilhada do mundo, a mais espontânea, a mais orgânica. Mas também da qual se mais afastado. Pode-se desaprender a pensar. E engajar-se no pensamento reclama algum exercício, pois o pensamento não é inocente, ele é político.

¹⁶ Material didático advindo de orientações no ano de 2016, com a professora Dra. Helen Barbosa Raiz Engler.

¹⁷ Professora Dra. Helen Barbosa Raiz Engler.

Compromissar-se com o pensar nem sempre é tarefa fácil, pois exige muito daquele que pretende e se coloca neste movimento solitário do pensar e, por isto, que Viviane (FORRESTER, 1997), nos diz que o pensamento exige um certo exercício. Diríamos um exercício não só político, como também ético que, coloca em questão a criticidade e o questionamento.

O conceito de “Vazio de Pensamento”, da pensadora Hannah Arendt (apud MACHADO, 2016), entendido como a irreflexão ou superficialidade que se caracteriza como uma ausência de pensamento, nos faz indagar se não incluiríamos como homens contemporâneos, também “Homens Vazios de Pensamento” e se a crise ética não estaria também arraigada a este ponto.

Vale ainda a reflexão de Arendt (apud SILVA, F. L., 1993) quando retoma Aristóteles no conceito de *Phronesis* (discernimento ou prudência) para reencontrar o juízo reflexionante da Crítica do Juízo, de Kant. Como se sabe, esse tipo de juízo não se efetua com base em determinações gerais de ordem lógica existentes *a priori* na razão, mas sim, com base na consideração reflexiva de objetos ou situações particulares, vistas subjetivamente e alçadas a um patamar de universalidade não-teórica nem lógica. Seria algo aplicável à transformação das opiniões subjetivas em opinião pública numa situação em que a palavra poderia ser compartilhada pelos cidadãos, como na democracia grega.

Lembre-mos da importância do ato do pensar para esta pensadora. Na referência a seguir, Arendt (2000, p. 43), nos diz: “Uma vida sem pensamento é totalmente possível, mas ela fracassa em fazer desabrochar a sua própria essência - ela não é apenas sem sentido; ela não é totalmente viva. Homens que não pensam são como sonâmbulos.”

Com este conceito apresentado, persistimos na trilha de que, privados da individualidade, de uma relação solitária consigo mesmo e impulsionadora do pensar e, absortos de um vazio de pensamento, como seria possível sair ilesos de uma crise de valores estampada nas sociedades atuais? Seriam náufragos numa sociedade movida pelo discurso de se levar vantagem em tudo?

“**O ato de pensar** como um movimento de contemplação leva a um movimento crítico e questionador.” (ARENDT apud MACHADO, 2016). Fica a consideração de que o ato de refletir seria a possibilidade de sair de uma posição subserviente e assim ser donos de seu próprio pensamento, de suas escolhas e de seu destino. Mudar a realidade na qual se está inserido é poder primeiramente

indagar sobre ela, sobre o lugar no qual se ocupa no mundo. É este movimento silencioso, conceituado como pensar, em que:

[...] a razão é faculdade autônoma e sua função não é aprofundar o aparecer em busca de um solo natal do ser, mas proceder a outra interrogação, que nada tem a ver com o esforço cognitivo. Por outro lado, na medida em que pergunta, acerca das coisas aparentes, o que significa para elas ser, a interrogação racional vincula a significação ao aparecer, na medida em que questiona o significado de ser. Esta dupla relação mostra que a pergunta pelo significado não é desvinculada do mundo, embora seja proferida autonomamente. Não nos esqueçamos de que a razão abandona a aparência para melhor penetrá-la. (SILVA, F. L., 1993, p. 793).

O que o pensamento traz é a inovação, a mudança do lugar de passividade para o lugar de protagonista em que o questionamento e a criticidade estão em voga. A inovação é a possibilidade de sair da subserviência e se tornar protagonista do seu querer.

Lembra-nos ainda Droit (2012, p. 29), que:

[...] a ética não é uma atividade prática em que possamos nos limitar a aplicar regras de maneira mecânica. É preciso também refletir sobre o que justifica essas regras, sobre o que fundamenta as escolhas de ações, sobre o ponto de partida que adotamos, os métodos que queremos colocar em prática, os resultados que queremos atingir... E as razões que legitimam tudo isso!

A **Razão**, diferentemente do conhecimento, seria uma faculdade autônoma com domínio próprio. Esta busca vai além da simples aparência, pois segundo nos ensina Arendt, a atividade do pensar é ir além daquilo que aparenta, do empírico. Seria a busca da significação.

Foi o pensamento que permitiu ao homem penetrar nas aparências e desmascará-las como semblâncias, ainda que autênticas; o raciocínio do senso comum jamais teria ousado de modo tão radical todas as plausibilidades do nosso aparelho sensorial. (ARENDT apud SILVA, F. L., 1993, p. 796).

Para além de sermos assujeitados, passamos a ter autonomia sobre aquilo que compreendemos do mundo. O ato de pensar traz esta possibilidade.

O pensar nada mais é que uma ação ética por si mesma. Arendt em seu arcabouço teórico lembra-nos a importância do pensar como busca para a

autonomia e para uma vida ética. Ética é a dialogicidade com as fronteiras do Humano.

A pesquisa é o esforço dirigido para a aquisição de um determinado conhecimento, sendo assim não pode excluir de seu trabalho a reflexão sobre o contexto conceitual (axiológico e epistemológico), histórico, social e ético. É definida como uma forma de estudo de um objeto. Este estudo é sistemático e realizado com a finalidade de incorporar os resultados obtidos em expressões comunicáveis e comprovadas aos níveis do conhecimento obtido. (ENGLER, 2011, p. 71).

Sem embargo, passaremos ao item 3, Percurso Metodológico das Considerações Iniciais, quando discutiremos como foi construída esta pesquisa em termos metodológicos.

3 Percurso metodológico

Para análise proposta a partir da pesquisa, fez-se necessária a abordagem qualitativa e os seguintes tipos de pesquisa: descritiva, bibliográfica, documental, exploratória e de campo e o método utilizado para traçar tal estudo foi o hermenêutico-dialético.

Turato (2003) analisa a abordagem qualitativa a partir do conceito de atribuir significados. Segundo ele, a definição acerca da abordagem qualitativa não pode limitar-se a negação (o que não é qualitativo) e nem mesmo a partir da obviedade (estudar a qualidade do objeto). Para esse autor, o termo chave em relação à pesquisa qualitativa é também significado; as significações que os fenômenos ganham a partir da leitura dos sujeitos.

A maior riqueza do nosso objeto de pesquisa é o percurso que ele vai fazendo ao se desvelar para ele mesmo em sua singularidade, sua subjetividade. O pesquisador na pesquisa qualitativa faz uma leitura das fragilidades, das potencialidades do entrevistado, que são significações que os fenômenos ganham ao longo do seu percurso. Como o entrevistado entende, compreende, sente o universo no qual está inserido, ou seja, o universo da própria pesquisa.

O objetivo da pesquisa de abordagem qualitativa é explicitar o que os participantes pensam sobre o foco analítico em questão, o que eles têm a dizer a

respeito do problema, tornando-se indispensável o contato direto com o sujeito da pesquisa (MARTINELLI, 1999).

O ambiente no qual se dá a entrevista deve proporcionar ao entrevistado a liberdade necessária para que ele possa responder com autenticidade o que lhe é perguntado e emitir seu parecer acerca do assunto da pesquisa.

Frisemos que este espaço está também coberto de significados, que devem ser observados pelo pesquisador. Neste caso, o olhar e a escuta deste último se tornam imprescindíveis.

Segundo Minayo (1999, p. 25 apud FREITAS, 2015) esta abordagem se atém a um nível de realidade que não pode ser quantificado. Em outras palavras, aborda o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes. A dimensão ética, cultural apareceu quando o entrevistado foi questionado acerca do teor axiológico do embrião, por exemplo. Isto pode ser explicitado quando uma entrevista nos apresenta o significado do embrião congelado: “material genético que pode vir a ser”, todavia mesmo vestida de jaleco branco e munida de todo instrumental técnico-científico, este profissional “canta” para o embrião para ele transgrida sua condição inanimada e aceda, em concomitância ao ambiente que o favoreça - útero materno - a condição de ser humano.

Lembra-nos Minayo (2004a, p. 57), que a pesquisa de abordagem qualitativa

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Esta autora se preocupa com um nível da realidade social que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, dentre outros, que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004b).

O ineditismo do tema pesquisado, Reprodução Humana Assistida traz por si só importantes significados para os cientistas que fazem do seu dia a dia um trabalho.

Por ser uma problemática de teor inédito já é carregada de significados, como já anteriormente citado no percurso pessoal da pesquisadora com o objeto. Por ser considerado inédito, é fantástico.

As expectativas humanas diante dos avanços da tecnociência e do que ela pode trazer em benefício ao homem, pode, por hora, fazer da ciência, arrogante e onipotente advogando para si o direito de mudar a natureza? Reitera ainda que assim ela não estaria ocupando o lugar de pronunciar a sentença de vida e morte?

O homem ou cientista, arrogante, estaria a ponto de se sentir “Deus”, “um manipulador da vida”? Tais provocações realizadas por Valdomiro Souza (2004) trazem à baila questões das ciências da vida, o que nos faz refletir. Não há como se esquivar dos significados apresentados por esta seara.

Como proposta interpretativa qualitativa dos dados que forem obtidos da pesquisa foi utilizado o método hermenêutico-dialético de Minayo (2004a, p. 218):

Segundo nos fala a autora:

[...] nesse método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Trata-se de uma compreensão que tem como ponto de partida o interior da fala e como ponto de chegada o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala. (MINAYO, 2004a, p. 218)

Particularmente, o que este método tenta capturar é a profundidade da fala das pessoas, ou seja, a sua radicalidade. Lembremos que nem sempre a radicalidade das falas está presente no que se diz, mas naquilo que se expressa em reações, gestos, atitudes. É crível que o método hermenêutico dialético tenta aproximar e trazer à tona a subjetividade do entrevistado, entretanto sem desprezar a objetividade do ser.

Para os entrevistados, a participação numa pesquisa, pode ser a possibilidade de se abrir para algo que antes não fora pensado sobre aquela temática e este Método pode desmistificar algo que as reações adversas a posteriori à entrevista confirmam ou negam. E mais, é a revelação das causas estruturais que os sinais e falas aparentes só evidenciam por distorção.

Numa das entrevistas realizadas na Clínica de RHA este ponto aqui tratado pôde ser capturado, quando o gravador fora desligado fazendo alusão ao fim da entrevista, deu-se uma fala que clarificara algo antes não dito. Num momento de total liberdade, ocorrera o desabafo de um profissional que também sofrera com a impotência de não poder responder a todas as perguntas.

Foi assim que o médico que responde aos pacientes com probabilidades estatísticas de sucesso no tratamento, se desvela para si mesmo e diz de sua

angústia frente ao sentimento de impotência em não fazer engravidar as pacientes que o procuram. Um médico que sabe dos limites da ciência e que mesmo com todo o aparato tecnológico do qual a Reprodução Assistida oferece, há de se suportar um real da vida, com perguntas sem respostas.

Este profissional sabe que diante dele está um paciente ávido por uma certeza, a gravidez.

Foi possível compreender que este profissional entende que está adiver a representação do mais humano daquele paciente e sabe que há muito da vida em jogo: emocional, financeiro, dentre outros, a realização daquele sonho. Por conseguinte, o lado mais humano deste profissional aparece quando ele consegue perceber o paciente em suas fragilidades e por esta razão ele aposta numa ciência menos Inumana. A ciência, sob o ponto de vista cartesiano tende a ver o ser humano de forma compartimentada sob perspectivas reducionistas.

Compreender o homem para além daquilo que ele apresenta, o sintoma, a dor, a doença, o desejo da parentalidade, ou seja, uma parte fragmentada, é poder compreender o SER HUMANO como ser inesgotável em suas potencialidades. Para mais que bio, o ser é psico, social, espiritual e dinâmico. As doenças que são por ele apresentadas precisam ser compreendidas da mesma forma, para além daquilo que parecem ser.

Pierre Bourdieu (apud BAUMAN, 2001, p. 265) “[...] a verdadeira medicina começa com o reconhecimento da doença invisível – ‘fatos de que o doente não fala ou esquece de relatar.’ Os sofrimentos sinalizados, por vezes não revelados na fala do paciente precisam serem escutados. É o humano que se apresenta no psicológico daquele que sofre a dor física de não poder procriar.

Numa sociedade em que a fluidez de valores é ressaltada, em que a fragilidade e transitoriedade dos laços afetivos são preponderantes, é surpreendente que esta conjunção de humanidades possa ter lugar.

A materialidade de sua fala permite pensar sobre outro ângulo e considerar o todo que está em sua volta. E é dentro desta perspectiva que a interpretação a qual o método hermenêutico dialético se propõe a fazer é dialética, pois considera todo o contexto no qual este entrevistado se encontra.

O método de análise de Gomes (2004), possui dois pressupostos:

1) não há consenso nem ponto de chegada no processo de produção do conhecimento;

2) a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge da realidade concreta. Assim, os resultados de uma pesquisa em ciências sociais constituem-se sempre numa aproximação da realidade social que não pode ser reduzida a nenhum dado da pesquisa.

Em nosso estudo, conforme já foi mencionado, esse nível de interpretação se deu através da Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo (SP) onde se processou a síntese das informações obtidas junto à Equipe Técnico-administrativa (02 médicos, 02 embriologistas, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem).

Segundo a proposta dialética de Minayo (2004a), há dois níveis de interpretação que devem ser feitos:

1) Nível das determinações (contexto sócio histórico) fundamentais: diz respeito à conjuntura socioeconômica e política da qual faz parte o grupo social a ser estudado; história desse grupo e política que se relaciona a esse grupo.

Esta pesquisa foi realizada no contexto de uma Equipe Técnico-administrativa de uma clínica privada de Reprodução Humana, localizada no Estado de São Paulo, que trabalha com casais que estiveram em tratamento de Fertilização *in vitro*.

2) nível de interpretação: baseia-se no encontro dos fatos surgidos na investigação; ponto de partida e ponto de chegada da análise; deve-se considerar as comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a análise das instituições, dentre outras.

Para esclarecer esse método de análise, apresentamos os passos de operacionalização da proposta hermenêutica dialética de Gomes (2004b).

a) Mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo: a transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação participante.

Recorremos a um especialista, isento de qualquer tipo de ligação com a Equipe Técnico-administrativa da clínica, para realizar a transcrição das entrevistas para que fosse preservada e garantida a fidelidade das informações.

Esse processo nos permitiu a identificação de fatos relevantes identificadas, tanto nas entrevistas (depoimentos dos profissionais) foram classificadas em categorias.

O *lôcus* espacial desta pesquisa, Estado de São Paulo, local este com a segunda maior renda *per capita* do Brasil, e ao fato desta clínica pertencer à rede privada de saúde, foram dados relevantes na análise dos dados.

b) Classificação dos dados: através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante para elaboração das categorias específicas.

c) Análise final: estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões com base em seus objetivos. Observar as relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

Mesmo que nas duas fases anteriores a teoria estivesse sempre presente, foi na fase da análise dos dados que trabalhamos mais intensamente as informações obtidas segundo os referenciais teóricos citados na bibliografia.

Minayo (2004a, p. 78), nos ensina que o método hermenêutico dialético se apresenta como um “[...] caminho do pensamento, como uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia.” A autora referencia seu estudo em Habermas (apud MINAYO, 2004a, p. 78), quando nos adverte que a hermenêutica dialética não determina técnicas de tratamento de dados e sim a sua autocompreensão. A hermenêutica utiliza, no tratamento dos dados, as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo do dia a dia.

Reitera ainda a autora, que o resultado final das etapas da pesquisa é sempre provisório, mas que sua compreensão jamais é contemplativa. Ela inclui num mesmo projeto, o objeto, o sujeito do conhecimento e as próprias interrogações em movimento totalizador. Chama a atenção que, vencendo a dicotomia objetividade e subjetividade, exterioridade e interioridade, análise e síntese, o produto da pesquisa será a práxis do pesquisador, onde a obra desvenda os segredos de seus próprios condicionantes (MINAYO, 2004a).

As ciências cartesianas tendem a fechar e esgotar o ser humano, contrário do que se propõe o método hermenêutico dialético, que tem na sua matriz crítica não desprezar a objetividade, mas tentar aproximar ou trazer à tona a subjetividade que está inerente em todos os objetos da pesquisa nas ciências humanas.

Posto que os profissionais da Equipe Técnico-administrativa desta clínica privada de Reprodução Humana, localizada no Estado de São Paulo (SP), têm suas facetas mais humanas desveladas no seu posicionamento profissional a proposta do

método hermenêutico-dialético tende à escuta e olhar atento nisto que se descobre nas entrevistas.

A seguir pontuaremos os tipos que o nosso objeto de pesquisa requer. Assim balizaremos os tipos de pesquisa como foram sendo realizados neste estudo.

A **pesquisa do tipo bibliográfica** foi o início desse trabalho e continuou sendo feita ao longo de todo estudo com o objetivo de proporcionar embasamento teórico sobre a temática. Para este estudo foi utilizada a bibliografia referente às áreas da Medicina, Psicologia, Direito, Serviço Social, Sociologia, Filosofia, Bioética e Antropologia.

Todavia, pela atualidade do tema pesquisado, houve dificuldade na pesquisa bibliográfica da área específica da Psicologia na Reprodução Humana Assistida, especificamente na doação de embriões.

Foi possível o acesso a vários relatos de experiência clínica de Psicólogos e também relatos de pacientes, o que desvelou em muito a realidade pesquisada, sendo constatado haver pouca pesquisa científica desta temática.

Para tanto, foi realizada pesquisa em artigos científicos de 2014 e 2015, na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil (BVS-PSI), que tratassem sobre o tema, utilizando como descritores os seguintes termos: Reprodução Humana Assistida; bioética; psicologia. Adicionalmente, foram identificados e incluídos na pesquisa documentos oficiais relevantes do Estado brasileiro publicado pela Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida através do 1º Consenso de Psicologia em Reprodução Assistida. Obtiveram-se como resultados: dos 1984 artigos apresentados, nenhum dedicou ao objetivo proposto. As principais contribuições parecem estar apresentadas no livro intitulado: 1º Consenso de Psicologia em Reprodução Assistida.¹⁸ (MACHADO; LOURENÇO, 2015).

Ter acesso a este livro, que sintetiza o consenso da categoria profissional da Psicologia acerca da temática da Reprodução Assistida, marcou a travessia da pesquisa do tipo documental no presente estudo.

¹⁸ Livro escrito por psicólogos que trabalhavam em clínicas de Reprodução Humana Assistida das 05 regiões do Brasil que objetivou nortear ações, condutas e posturas destes profissionais desta área. Estas discussões foram iniciadas num ambiente virtual tendo sido finalizado no 16º Congresso de Reprodução Humana Assistida, em 2012 no Guarujá-SP.

Acompanhando um pouco o histórico desta temática no mundo, é possível perceber o quanto tem sido produtivo a área da Reprodução Humana em contrapartida à carência de legislações ordinárias que rejam essa matéria.

Este também não seria um ponto de desvelamento da realidade onde se insere esta pesquisa? Há de se interrogar acerca das reais razões de não haver no Brasil, lei específica para a Reprodução Humana?

Ressaltemos de que o mundo assistiu, em 1997, o pesquisador Ian Wilmut (Reino Unido), publicar o resultado da primeira clonagem no mundo, com o nascimento da ovelha Dolly, em 1996, oriunda de uma célula de glândula mamária. E no dia 17 de março de 2001, o Brasil converteu-se no pioneiro da clonagem de animais na América Latina, com o nascimento de uma bezerra, batizada como Vitória da Embrapa da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA), por pesquisadores da Universidade de Brasília (DF).

Outrossim, outro ponto a ser considerado é que, embora muitos países já dispõem de uma lei especial para a Reprodução Assistida (RHA). No Brasil (2005a), dispomos tão somente da Lei de Biossegurança (Lei nº. 11.105, de 25 de março de 2005), lei que contempla a discussão da engenharia genética e que tenta regulamentar duas polêmicas de uma só vez, a produção e comercialização de organismos geneticamente modificados (OGM) e a pesquisa com células-tronco. Sendo assim, contempla em um de seus artigos, mais especificamente no 5º, o uso de pré-embriões para a pesquisa científica.

Para tanto, a sua citação na íntegra, quando fica claro:

Art. 5 É permitida, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por Fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento, atendidas as seguintes condições:

I - sejam embriões inviáveis; ou

II - sejam embriões congelados há 3 (três) anos ou mais, na data da publicação desta Lei, ou que, já congelados na data da publicação desta Lei, depois de completarem 3 (três) anos, contados a partir da data de congelamento.

§ 1º Em qualquer caso, é necessário o consentimento dos genitores.

§ 2º Instituições de pesquisa e serviços de saúde que realizem pesquisa ou terapia com células-tronco embrionárias humanas deverão submeter seus projetos à apreciação e aprovação dos respectivos comitês de ética em pesquisa.

§ 3º É vedada a comercialização do material biológico a que se refere este artigo e sua prática implica o crime tipificado no art. 15 da Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. (BRASIL, 2005a).

Muito embora a reprodução humana seja uma realidade social e científica, a mesma não existe no mundo jurídico brasileiro, o que torna o assunto um “buraco negro” ou segundo os teóricos Hannah Arendt e Zygmunt Bauman, um “Vazio de Pensamento” na legislação brasileira, obrigando o Conselho Federal de Medicina (CFM) à discussão e a regulamentações de questões pertinentes à temática.

As discussões advindas deste órgão se embasam em normas éticas para a utilização das técnicas de Reprodução Assistida, tendo em vista que estas técnicas têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham se revelado ineficazes ou consideradas inapropriadas.

Considerando a importância da infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la; e em razão de não contarmos com legislação ordinária no Brasil, é que o CFM tende à publicação de resoluções que visam cingir querelas acerca da RHA.

Desde a primeira resolução do CFM nº. 1.358 publicada no ano de 1992, as atualizações seguintes foram: Resolução CFM nº. 1.957, Resolução CFM nº. 2.013 e Resolução CFM nº. 2.121, publicadas respectivamente nos anos de 2010, 2013, 2015 (ANEXOS B, C, D, e E).

As alterações ocorridas desde a primeira, chegando à resolução foram:

- **Mulheres acima de 50 anos**

Como era: mulheres acima de 50 anos não podiam realizar tratamento de reprodução assistida, salvo exceções que deveriam ser analisadas e autorizados pelo CFM.

Como ficou: mulheres com mais de 50 anos poderão passar por procedimento de reprodução assistida, desde que assumam os riscos dos procedimentos. **Doação de gametas femininos e masculinos (óvulos e espermatozoides)**

Como era: os óvulos podiam ser doados, independente de estarem realizando tratamento de fertilização.

Como ficou: se mantém a regra que a doação de óvulos tem que ser até 35 anos, porém somente mulheres que estejam em processo de Fertilização *in vitro* poderão doar para outras que não pode mais produzi-los em troca do custeio de parte do tratamento. Doadoras e receptoras são anônimas.

Para os homens não há restrição para doação tendo a idade limite de 50 anos.

- **Casais homoafetivos do sexo feminino**

Neste caso a mudança foi apenas na redação que ficou mais clara, pois alguns casais e médicos tinham dúvidas quanto a este tipo de procedimento. Com a nova redação, o CFM afirma claramente que uma mulher pode transferir o embrião gerado a partir de fertilização do óvulo de sua companheira e sêmen de um doador anônimo

- **Diagnóstico de pré-implantação dos embriões**

Neste caso também houve algumas alterações no texto do CFM sobre o diagnóstico genético pré-implantação dos embriões.

Na alteração de 2013 já havia sido permitido a tipagem genética como forma de evitar doenças hereditárias.

A **pesquisa documental** versou em torno de toda a documentação pertinente ao assunto, tendo em vista a Lei de Biossegurança nº. 11.105 de 24 de março de 2005 e 04 Regulamentações do Conselho Federal de Medicina, até o presente momento. Sendo eles: Resolução CFM nº. 1.358/1992, Resolução CFM nº. 1.957/2010, Resolução CFM nº. 2.013/2013 e Resolução CFM nº. 2.121/2015. Também pertinente à pesquisa documental, o Código de Ética, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das Clínicas que derem aceite para esta pesquisa, o 1º Consenso de Psicologia em Reprodução Assistida (APÊNDICE A).

Concomitantemente à pesquisa do **tipo documental**, que será melhor explicitada abaixo foi realizada a pesquisa do **tipo exploratória**, quando realizou-se uma pesquisa sobre o *lôcus* a ser pesquisado pelas clínicas privadas e públicas de Reprodução Humana Assistida, situadas na região da grande Belo Horizonte (MG), *lôcus* da pesquisa.

Quanto ao **tipo exploratória**, esta aludiu-se primeiramente pela internet, sendo aleatória a escolha de apenas seis clínicas de reprodução humana.

O primeiro contato foi realizado por telefone, seguido então de contato por e-mail e, finalmente enviado pelos Correios, a solicitação de autorização para pesquisa nos Centros de Reprodução Humana, que anteriormente se dispuseram a tal recebimento. Sendo eles: Instituto da Saúde da Mulher- Cegonha Medicina Reprodutiva, Centro de Reprodução Humana da Rede *Mater Dei* de Saúde, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Clínica Vilara, Clínica Life

Center Search, Clínica Origen - Centro de Reprodução Assistida. Depois de vários contatos telefônicos feitos por esta pesquisadora, obteve-se o retorno de apenas três destas clínicas, sendo duas recusas, uma delas via e-mail e a outra por telefone. Clínica Origen que se recusou ao telefone e Instituto da Saúde da Mulher-Cegonha Medicina Reprodutiva que se recusou por e-mail. O aceite do Centro de Reprodução Humana da Rede *Mater Dei* de Saúde se deu via e-mail. Foi solicitada a formalização do aceite em papel timbrado deste centro, mas não houve retorno. Estes e-mails constam nos anexos.

Foi encaminhado para o Centro de RH *Mater Dei* além da solicitação de autorização para pesquisa, também o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), bem como Banca Examinadora da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP - campus Franca), o aceite de artigos científicos acerca da pesquisa. Estes artigos foram apresentados e publicados nos seguintes congressos:

- I Congresso Latino-americano de Psicoterapia e II Congresso Brasileiro de Psicoterapia em São Paulo (SP) – agosto de 2015.
- II Congresso Internacional e XIII Nacional de Psicologia Clínica em Granada (Espanha) – novembro de 2015.

A relevância da apresentação e publicação destes artigos em Congressos, especialmente se deve ao fato do tema ser inédito e fecundo, já tendo sido protagonista de polêmicas de âmbito moral e ético, no que diz respeito especialmente à pesquisa de células tronco.

Por esta razão as discussões em torno da temática num Congresso de Psicologia são louváveis. É de caráter eminente que um Congresso Internacional de Psicologia ocorrido na Espanha dê espaço para uma discussão desta magnitude, já que o objeto em estudo não se enquadrava em seus eixos temáticos.

Analisando especificamente o aspecto da Reprodução Humana Assistida (RHA) é iniludível que o Brasil está aquém de outras realidades no mundo, tomando como exemplo, a Espanha, por não contar com uma lei específica para esta matéria.

Diante da querela que se encontra esta temática e na falta de um consenso natural, em relação aos desafios éticos que surgiram com a prática da reprodução assistida, em muitos países teve início a normatização destas técnicas da RHA através de leis ou guia de referência. Sendo a Austrália, o primeiro país a ter uma

legislação específica e a Espanha, outro exemplo, onde consta este tipo de lei ordinária.

Em 2010, a International Federation of Fertility Societies fez uma pesquisa sobre presença ou ausência de legislação específica para reprodução assistida envolvendo 103 países. Dentre eles, 42 (40,7%) responderam existir legislação específica, 26 (25,2%) possuem guias de referências ou leis não específicas (resoluções, recomendações, situações previstas na Constituição, que abrangem ou são adaptáveis à reprodução assistida e leis inespecíficas à reprodução assistida, mas que modulam sua prática de alguma forma) e 35 países (35%) operam sem nenhuma lei ou instrução. (IFFS apud LEITE; HENRIQUES, 2014, p. 34).

Ainda recorreu-se, para a construção deste estudo a pesquisa do tipo descritiva.

A pesquisa descritiva

A primeira clínica a dar aceite para esta pesquisa de campo, está localizada na cidade de Belo Horizonte (MG) e a segunda no Estado de São Paulo. Para tanto, descreveremos dois momentos da pesquisa de campo, e abaixo apresentaremos uma breve descrição do *lôcus* espacial onde estão localizadas as duas clínicas.

Primeiro momento da pesquisa de campo

A Rede *Mater Dei de Saúde*, situada no município de Belo Horizonte (MG), pertence à rede privada de atendimento à saúde na região, e foi inaugurado, em 1º de agosto de 2014, o seu Centro de Reprodução Humana está localizado no Hospital *Mater Dei* Santo Agostinho em Belo Horizonte (MG).

A capital do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte conta com uma população estimada de 2.491.109 (IBGE, 2015a), tendo além de seu belo horizonte também características muito singulares.

Minas Gerais traz para seu “caldeirão cultural” uma riqueza ímpar, traduzida no jeito de ser de um povo tradicionalista, acolhedor e que valoriza suas tradições religiosas e a convivência familiar. Tais características do povo mineiro revelam peculiaridades e também pontos importantes nesta pesquisa e, por esta razão, são trazidos ao conhecimento do leitor. “Se Minas são muitas, como bem definiu o escritor João Guimarães Rosa, muitos também são os mineiros, como rica é sua diversidade.” (SOARES, 2010).

Segundo momento da pesquisa de campo

O Estado de São Paulo é o *lôcus* espacial da clínica na qual foi realizada a pesquisa de campo. Todavia, uma breve descrição abaixo, sobre o Estado onde se versou este estudo:

São Paulo, estado pertencente à região Sudeste do Brasil, é o estado mais populoso do Brasil, fica em segundo lugar na renda domiciliar *per capita*. A renda média mais alta é a do Distrito Federal, um ponto fora da curva com R\$2.055,00. É mais de três vezes maior a renda *per capita* mensal em Alagoas, a mais baixa com R\$604,00. Informações obtidas do IBGE de 2014, a partir da fonte abaixo descrita (CALEIRO, 2015).

Possui cerca de 41 milhões de habitantes, o que representa 21,4% da população brasileira e 51,1% da do Sudeste. Apenas 5,5% da população paulista vive nas zonas rurais de seus municípios. Esse percentual é um dos mais baixos dos estados brasileiros, cuja média nacional é de 15,6%. Apesar disso a população rural do estado é a terceira maior do país, 2,2 milhões de habitantes, ficando atrás apenas da Bahia e de Minas Gerais.

A fecundidade no estado de São Paulo é menor do que no Brasil e no Sudeste, e encontra-se em trajetória de queda, semelhante às demais. O Brasil já apresenta uma taxa de fecundidade (1,90) abaixo da de reposição (2,10), o que significa que nossa população começará a decrescer daqui a cerca de 30 anos. No caso de São Paulo (1,72) e do Sudeste (1,75), o crescimento vegetativo está ainda mais lento do que o nacional (IPEA, 2002).

A capital desse Estado, conjuntamente com outras capitais brasileiras como: Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Recife, Curitiba, em finais da década de 80 e início dos 90 do século XX, marcaram a história da Reprodução Humana Assistida no Brasil, com a criação de clínicas que tratassem desta problemática, segundo Dirceu Henrique Pereira (2011).

Assim como na pesquisa descritiva, faremos o mesmo com pesquisa de campo, descrevendo as duas clínicas que deram aceite para a pesquisa. Ressaltando primeiramente que as duas clínicas fazem parte da rede privada de saúde.

Quanto à primeira clínica mencionada, Centro de Reprodução Humana da Rede *Mater Dei* de Saúde, impedimentos foram apresentados, o que inviabilizou a realização desta pesquisa. A seguir tais impedimentos serão melhor explicitados.

- **Centro de Reprodução Humana da Rede *Mater Dei* de Saúde**

Após várias tentativas de contato via telefone com a coordenadora do Centro de RHA *Mater Dei*, foi finalmente agendada reunião para o início da pesquisa de campo.

Esta reunião presencial ocorreu no 11 de janeiro de 2016, quando foi comunicado à pesquisadora alguns empecilhos ao prosseguimento da pesquisa de campo. A justificativa seria que o Centro de Reprodução Humana não contar com amostra para seleção de dados empíricos, pois não possui pesquisa de células-tronco e não há nenhum casal que tenha doado seus embriões para outros casais, dado ao tempo de funcionamento deste centro, 1 ano e ½, tendo em vista que sua inauguração em 14 de agosto de 2014.

Ainda reiterou a coordenadora deste centro que a Rede *Mater Dei* de Saúde não contar com local adequado para realização das entrevistas e reunião focal previstas na proposta metodológica de pesquisa de campo do referido estudo.

Todas as justificativas de recusa apresentadas por esta coordenadora foram compreendidas pela pesquisadora como um impasse para a realização da pesquisa de campo, o que foi vivenciado por ela como uma solitária frustração, durante a semana proposta para a realização da pesquisa de campo.

Só depois de um momento de decantação do que acontecera é que a pesquisadora pôde rememorar o dia do Exame de Qualificação do Projeto de Mestrado (11 de dezembro de 2015), quando houve um questionamento de um dos professores quanto às razões da pesquisa de campo não se dar também no Estado de São Paulo. A justificativa seria uma questão de logística pessoal. Mas, diante dos percalços acima descritos, houve a iniciativa da pesquisadora em acatar tal sugestão da banca examinadora e procurar por uma outra clínica de Reprodução Humana.

Mesmo diante do aceite desta clínica, mais uma vez a pesquisadora deparou com a negativa de haver amostra compatível com o perfil dos sujeitos dessa pesquisa (casais que tivessem doado seus embriões para outros casais, assim como para pesquisa de células-tronco).

Em conversa telefônica com a bióloga dessa clínica, soube-se que muitos casais embora cientes da possibilidade da realização desta doação, já que ao lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I) passavam ao *status* de sujeitos informados das opções advindas da decisão de

criopreservação de seus embriões. Ressaltando ainda que antes de assinarem o TCLE, tinham à disposição a explicação do médico e toda a equipe para esclarecer dúvida quanto a estas opções. Sendo assim, é indubitável que a informação foi repassada ao casal.

Uma vez que o casal definiu que a família está completa, existem, em teoria, quatro possibilidades no que diz respeito ao destino dos embriões excedentários que estão criopreservados. As opções incluem mantê-los congelados indefinidamente, até o prazo de 05 anos para então ser descartados como prevê a lei, doar para pesquisa, doar para outro casal, tentar uma gravidez ou descartar o embrião. Só a título de curiosidade, não é incomum a gravidez gemelar neste tipo de tratamento, tendo em vista que mais de um embrião é transferido para o útero para que as chances de gravidez ocorram. Lembrando ainda, haver critérios para a transferência deste número de embriões, como a idade da mulher.

Foi exposto também por ambas as clínicas (Centro de Reprodução Humana da Rede *Mater Dei* de Saúde e outra Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo), como empecilho para a realização de pesquisa de campo a indisponibilidade de seus pacientes em responderem aos questionários sobre um assunto considerado delicado, doloroso e ainda “tabu”. Para alguns casais, segundo reiteraram as profissionais das mencionadas clínicas e ainda no depoimento de outros profissionais da área pesquisada quando se teve acesso à leitura da bibliografia acerca da temática, os casais que se inserem neste grupo que se pretendia ser pesquisado se deparam com diversos sentimentos, tais como: baixa autoestima, impotência, ansiedades, vergonha, angústia, depressão, fantasias quanto a possível *bullying*¹⁹ sofrido pelos filhos nascidos da RHA. Por esta razão, muitos optam por não falarem do assunto e esquecerem que estiveram em tratamento como se fosse uma vergonha. Mais adiante, na parte I deste estudo trataremos deste item com mais acuidade.

Os pacientes, ao finalizarem seus tratamentos, optam, em sua maioria, por não atenderem à solicitação do envio de fotos de seus filhos para a clínica em que se trataram. A intenção destas fotos é publicitária, segundo explica a embriologista.

¹⁹ *Bullying* é um termo utilizado para descrever atos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por um indivíduo ou grupo de indivíduos causando dor e angústia, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder.

Segundo sua opinião profissional, o assunto da infertilidade é dado como encerrado logo após o nascimento dos filhos devido à dificuldade em abordarem o tema.

Nas conversas informais ocorridas com os referidos profissionais das Clínicas *Mater Dei* e a Clínica no Estado de São Paulo foi sugerida a realização desta pesquisa no setor público, já que os pacientes do serviço público já estariam acostumados à participação deste tipo de pesquisa. Reiterada esta sugestão por haver inconscientemente esta anuência, como uma forma de pagamento pelo tratamento gratuito que lhe é prestado.

Diante do exposto apresentado como impasse para a pesquisa de campo, esta pesquisadora, numa perspectiva ética, reestruturou sua proposta de pesquisa. Foi necessário que os objetivos e os sujeitos da pesquisa fossem readequados à atual conjuntura do *lôcus* da pesquisa.

Em seguida trataremos sobre as reestruturações que ocorreram:

Primeira proposta de pesquisa:

Sujeitos: Casais que estiveram em tratamento de Fertilização *in vitro* (FIV), no Centro de Reprodução Humana da Rede *Mater Dei* de Saúde, em Belo Horizonte (MG).

Objetivo geral:

- Compreender os aspectos bioéticos envolvidos na problemática do destino de embriões excedentários ou extranumerários (doação para casais inférteis ou para pesquisa de células-tronco).

Objetivos específicos:

- Estudar os aspectos éticos vividos por casais ao destinarem seus embriões para doação, tendo em vista teorias concernentes ao assunto em que se considera a existência ou não de vida;
- Refletir sobre a dimensão subjetiva vivida por casais submetidos ao tratamento de Fertilização *in vitro* (FIV) no Centro de Reprodução Humana da Rede *Mater Dei* de Saúde, em Belo Horizonte (MG) e que optaram como destino de seus embriões a doação (seja para casais inférteis ou para pesquisa de células-tronco).

Foi então readequado para:

Sujeitos: Equipe Técnico-administrativo de uma Clínica de Reprodução Humana Assistida do Estado de São Paulo

02 médicos;

02 embriologistas;

01 técnica de enfermagem;

01 enfermeira

Objetivo Geral:

- Compreender os aspectos bioéticos envolvidos na problemática da Reprodução Humana Assistida.

Objetivos Específicos:

- Estudar os aspectos éticos vividos pela Equipe Técnico-administrativa de uma Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo, responsável pelo tratamento de Reprodução Humana Assistida de casais que tiveram embriões excedentários após serem submetidos ao tratamento de Fertilização *in vitro*.
- Refletir sobre a dimensão subjetiva vivida pela equipe técnico-administrativo de uma Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo, responsável pelo tratamento de Reprodução Humana Assistida de casais que tiveram embriões excedentários, após serem submetidos ao tratamento de Fertilização *in vitro*.

- **Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo**

A clínica de Reprodução Humana na qual esta pesquisa se deu está localizada numa cidade do Estado de São Paulo. A pedido desta clínica, não serão divulgados maiores dados em relação à cidade onde está localizada, bem como a sua identificação. Ressaltamos que esta clínica faz parte da rede privada de saúde, o que determina algumas especificidades sobre o objeto em estudo.

Dessa forma, a procura por outra clínica se deu via internet (**pesquisa documental**). De posse do número telefônico, foi realizado telefonema no dia 25 de janeiro de 2016 para conversa inicial. Foi com muita receptividade que esta pesquisadora foi recebida pela secretária e logo após por uma das embriologistas da

Clínica. Foi de posse de muita delicadeza que esta profissional explicitou que também essa clínica não contava com amostra para pesquisa, tendo em vista não ter havido ainda nenhum caso de doação de embriões para outros casais inférteis ou para pesquisa de células-tronco.

Ainda que mais uma vez a pesquisadora se deparasse com outro impedimento- não haver amostra para a pesquisa de campo, a conversa prosseguiu com docilidade. O sentimento era de que tudo estava certo para que a pesquisa de campo se realizasse neste *lôcus*.

Ao final da longa conversa telefônica, foi acordado que uma alteração nos objetivos e sujeitos da pesquisa. Deveria ser realizada uma solicitação formal, que seria encaminhada por e-mail, e uma carta ao médico responsável pela clínica. Este protocolo foi realizado pela pesquisadora em todas as outras clínicas.

No dia 15 de fevereiro de 2016, outro telefonema para marcação de visita de reconhecimento na clínica, esta realizada no dia 24 de fevereiro de 2016. Esta conversa foi então realizada com o médico e proprietário da clínica, quando foi solicitada autorização para gravação. Foi numa atmosfera de gentilezas que a conversa transcorreu e dela resultou a decisão de que a pesquisa se daria naquele local.

Todavia, a questão da doação de embriões persistia como uma especificidade não atendida. Frente a isto, houve a alteração dos sujeitos da pesquisa: de casais para Equipe Técnico-administrativa que tratam dos casais em tratamento de Fertilização *in vitro* (FIV) e que mantem criopreservados seus embriões e mais tarde necessitam se perguntar acerca do destino deles.

Foi solicitado pela Equipe Técnico-administrativa desta clínica, o envio do questionário por e-mail e, posteriormente foram sugeridas pela mesma equipe, alterações sobre as alterações que deveriam ser realizadas sobre o anonimato da Clínica, o que foi feito com prontidão.

Após esta negociação, a primeira entrevista se realizou no dia 30 de março de 2016, com as 02 embriologistas da clínica. Depois de haver telefonema por parte da clínica desmarcando o horário agendado, solicitam autorização para realização da gravação das entrevistas e, mediante o seu aceite, iniciou-se a conversa com questionário semiestruturado, como consta no Anexo J.

Ao término desta entrevista foi solicitado à pesquisadora que telefonasse para marcar as outras restantes. Isto aconteceu nos dias 31 de março de 2016, 01 de abril de 2016 e no dia 06 de abril de 2016.

Se faz importante esclarecer que a técnica de enfermagem que deveria também ser entrevistada, se negou à participação. Sua justificativa foi que ela já havia tido contato com o questionário e em nada poderia ajudar, já que trabalhava no laboratório, não tendo contato com os pacientes. Reiterou ainda que a “Psicóloga” da clínica era a enfermeira e que ela saberia responder às perguntas.

A entrevista com a enfermeira da Equipe Técnico-administrativa se deu num clima de muita receptividade, tranquilidade e amabilidade. As perguntas foram respondidas com clareza. Algumas frases chamaram muito à atenção desta pesquisadora. Tais como:

Nós, aqui da Clínica optamos por tratar o paciente como pessoa e não como um prontuário. E por isto, queremos escutar a paciente a cada vez que toma a sua medicação. Ela não faz esta medicação em casa, salvo os pacientes que residem fora da cidade. Assim temos mais contato com ela. (Enfermeira).

Esta fala nos leva a pensar em Bauman (2001, p. 252), ao dizer:

[...] devemos nos aproximar tanto quanto os verdadeiros poetas das possibilidades humanas ainda ocultas; e por essa razão devemos perfurar as muralhas do óbvio e do evidente, da moda ideológica do dia cuja trivialidade é tomada como prova de seu sentido [...] o emparedamento das possibilidades desvirtua o potencial humano ao mesmo tempo em que obstrui a revelação do blefe.

Somente a partir de um olhar e uma escuta atentos do pesquisador ao que não é óbvio é que possibilita o desnudamento da verdade do sujeito, entendida aqui como as suas potencialidades e fragilidades. Pois se assim não for, a pesquisa se atém apenas à objetividade do óbvio.

As 02 entrevistas restantes foram muito difíceis de serem agendadas, em razão de viagens dos profissionais e, conseqüentemente um tumulto em suas agendas.

Frente ao exposto, somente no dia 11 de maio de 2016, foi realizada a entrevista com o médico, tendo esta transcorrido como as outras, solicitação de gravação da conversa e um clima de profissionalismo, clareza e amabilidade.

Decorrente desta entrevista em voga foi que se findou a pesquisa de campo. Passemos a tratarmos propriamente do objeto de pesquisa.

4 Preâmbulo do objeto de pesquisa

A despeito da mulher contemporânea que em pleno século XX, mais precisamente na década de 1970 questiona o que quer e, sobretudo, o machismo imperante, queima seu sutiã em praça pública e inicia um processo revolucionário e questionador acerca de sua posição sociocultural, se apropriando de suas escolhas sexuais. Dentre elas, a escolha ou não pela procriação.

Para tanto, utilizemos o mito judaico-cristão de Adão e Eva, fazendo referência mais especificamente a posição ocupada por Lilith, fazendo alusão à mulher contemporânea descrita há pouco.

Esta companheira de Adão, feita do mesmo material que ele, o questiona acerca do lugar que ocupa na relação sexual.

Assim perguntava a Adão:

- Por que devo deitar-me embaixo de ti? Por que abrir-me sob teu corpo? Talvez aqui houvesse uma resposta feita de silêncio ou perplexidade por parte do companheiro.

Mas Lilith insiste:

- Por que ser dominada por você? Contudo eu também fui feita do pó e por isto sou tua igual. (RODRIGUES, 2007, p. 1).

Este parece ser o primeiro questionamento ao qual a mulher se propõe e assim poderíamos entender que O Mito de Lilith é o arquétipo da primeira revolução feminina. O relacionamento de Adão e Lilith é perturbado pela imposição do homem em permanecer por cima da mulher, ao que ela não aceita e por isto dele se afasta.

Este mito pertence à grande tradição dos testemunhos orais que estão reunidos nos textos da sabedoria rabínica definida na versão jeovística, que se colocada lado a lado, precedendo-a de alguns séculos, da versão bíblica dos sacerdotes [...] a lenda de Lilith, primeira companheira de Adão, foi perdida ou removida durante a época de transposição da versão jeovística para aquela sacerdotal, que logo após sofre as modificações dos pais da Igreja (SICUTERI apud RODRIGUES, 2007, p. 1).

Embora este mito tenha sempre existido, o mesmo foi retirado do texto bíblico pelos editores bíblicos, isto é, Lilith foi censurada porque não combinava com os valores e padrões morais em vigor na época. Mas Lilith não desapareceu completamente da tradição oral e ainda existe em alguns textos rabínicos. (BURKE, 2013).

Lilith simboliza, entre outros aspectos, a instintividade feminina manifestada em sua sensualidade, bem como a reivindicação por igualdade sexual e social contra o machismo. Desta forma, observa-se que o mito traça um panorama de controle, submissão, repressão sexual e luta por igualdade sexual e social femininas.

Assim, Adão procura Lilith sexualmente numa posição em que os parceiros, de frente, permaneçam ele em cima e ela por baixo. Tal trecho do mito exprime o desejo de controle, não só sexual, mas social do macho, bem como seu receio quanto à instintividade da fêmea. Ficar por 'cima' dela significa dominá-la e submetê-la a seu controle; porém, a primeira mulher não aceita tal condição.

Portanto: existe um imperativo, uma ordem que não é lícito transgredir. A mulher não aceita esta imposição e se rebela contra Adão. É a ruptura do equilíbrio. Qual é a ordem e a regra do equilíbrio? Está escrito: “[...] o homem é obrigado à reprodução, não a mulher.” (RODRIGUES, 2007, p. 1).

Veio a lume tal mito para compreendermos um pouco a mulher contemporânea, filha do pensamento de Lilith, que questiona a quantas está seu desejo e, bem como o controle que poderia manter sobre seu próprio corpo e que posição ocupar socialmente.

Estamos diante de uma mulher do século XXI, que independente da classe social, controla sua vida, seu tempo, opta por parceiros sexuais e que pode além de optar ou não por uma gravidez, também postergá-la.

Num tempo em que é permitida à esta mulher tal postergação, é também dada à mesma a “ilusão” de controle de seu próprio corpo. Se por um lado, ela que antes vivia sob as amarras de um machismo, tinha apenas a função submissa de aguentar o corpo masculino, hoje se apropria ou pelo menos, se aproxima mais daquilo que quer, que deseja.

Contudo, há de se ressaltar que o desejo de engravidar para muitas destas mulheres tem surgido num período que coincide com a diminuição acentuada da fecundidade, configurando-se assim, uma dissociação biológica-social, pois a maternidade, de certa maneira continua na dependência da idade biológica da

mulher. Quiçá, também dos homens, pois já se sabe que ao homem também é considerado uma idade fértil (SPINELLI; HATTORI; SOUSA, 2010).

Segundo Souza e Moura (2009, p. 66):

[...] há um potencial de reserva folicular ovariana, que vai sendo consumida e diminui apreciavelmente com os anos. Há um tempo ideal para gestar, que deveria ser antes dos 35 anos. Mesmo para os homens, hoje, estima-se também diferenças importantes a partir dos 40 anos de idade.

A condição de infertilidade, para muitas mulheres, se apresenta neste momento em que a escolha profissional já se definiu, sonhos já foram concretizados, para algumas mulheres, devido à uma estabilidade financeira, e o companheiro se apresenta de forma mais ou menos definida.

Mesmo com o diagnóstico de infertilidade com o qual estas pessoas se deparam, sejam mulheres independentes ou integrantes de casais hétero ou homoafetivos, mas não aceitam, pois, a procura em se obter a desejada gravidez é notória.

É mister que, diante deste diagnóstico, e à revelia desta condição, a procura por tratamentos se coloca e através da ciência, a possibilidade de se obter a gestação a quem não a conseguiu naturalmente, advém.

Lembrando que aqui já não falamos mais só da mulher, mas de ambos os integrantes desta união que, de uma forma ou de outra sofrem com o diagnóstico da infertilidade. Tal problemática pode trazer, para além da dimensão orgânica, sofrimento psíquico, podendo ser vivido por eles como um momento de crise, gerando desajustes pessoal e social. Muito raro seria uma mulher ou um homem passar incólume à tal questão, haja vista diferentes pesquisas apontarem a interferência de aspectos emocionais nos tratamentos de infertilidade, seja como causa, ou no surgimento ao longo dos mesmos (SOUZA; MOURA, 2009).

Segundo Makuch (2009, p. 144):

[...] homens e mulheres que optam pela utilização das técnicas de reprodução assistida veem-se confrontados com a necessidade de incorporar novas formas de pensar seu modo de ser no mundo contemporâneo. São representações de uma ordem diversa ao que é comum que ingressam no cotidiano confrontando-se com o valor hegemônico do natural, do que dever ser e do estabelecido. Com a possibilidade da procriação sem o coito parental, homens e mulheres incorporaram novas formas de pensar suas possibilidades de desenvolver o papel parental.

Esperançosos de terem outro destino e aceder à maternidade/paternidade, estes casais se opõem ao jugo da infertilidade e se abrem para o que a ciência lhes apresenta como possibilidade. É o que doravante veremos com as Novas Técnicas da Reprodução Humana Assistida (NTRHA).

Considerando-se que, aquele ou aquela que opta pelas NTRHA traz consigo a última esperança de um filho biológico e que muitas foram as tentativas naturais anteriores. Assim o projeto parental para este(a) é uma questão preciosa, sendo um investimento emocional que se inicia com a decisão de participar e continua ao longo de cada uma das etapas de tratamento. Assim sendo, expectativas e ansiedades em relação aos resultados dos procedimentos realizados fazem parte da esfera deste tipo de vivência.

Questionamentos de ordem pessoal, ética e religiosa também estão presentes neste momento da vida destas pessoas, o que pode ser motivo de ansiedades e angústias.

Segundo Makuch (2009) em “Estudos em Psicologia e Reprodução Humana Assistida (RHA)”, há reflexões e discussões sobre os achados de estudos recentes da literatura científica envolvendo os aspectos emocionais de homens e mulheres submetidos a procedimentos a este tipo de tratamento; o impacto do insucesso e a decisão de continuar ou não com os procedimentos de reprodução assistida.

Antes de mais nada, cabe-nos conceituar o que seria a infertilidade e esterilidade. Infertilidade é definida pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), como a ausência de gestação por um período mínimo de dois anos, apesar da prática regular de coitos. Acrescente-se ainda que quando esta situação se torna permanente, passa a ser definida como esterilidade (CAMARGO, 2009).

Cumprе ressaltar, segundo Renata Camargo (2009), que a associação de causas de infertilidade é frequente, principalmente a concomitância de fatores. Seriam estes: fatores masculinos, ovulatórios, cervical, corporal, infertilidade sem causa aparente. Ainda que a disseminação de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) a partir da revolução sexual é algo a ser considerado, pois muitas delas incapacitam os aparelhos reprodutores femininos e masculinos.

Segundo dados da Rede Latino-americana de Reprodução Assistida (REDLARA): “Apesar de não haver dados exatos quanto à sua incidência, as quais

variam de acordo com a região geográfica; aproximadamente 8% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida fértil." (REDLARA, [2016a]).

Seja na condição de esterilidade ou infertilidade, o âmbito subjetivo é vigente, considerando que tendo que a fecundidade humana transcende o biológico e responde a uma intrincada rede de desejos e demandas socioculturais. A procriação constitui uma operação simbólica organizada socialmente em torno das representações de cada cultura historicamente localizada (MAKUCH, 2009).

A história da Reprodução Humana Assistida (RHA) como parte da ciência e sua evolução traz a possibilidade de mudança de uma condição até então limitadora no que diz respeito à fertilidade. Esta intervenção da ciência na cultura poderia ser pensada a partir do que Hannah Arendt chamou a ação humana.

Sob este prisma, é possível se pensar a criação da ciência como uma ação, que seria a intervenção do homem no reino da natureza, naquilo que é natural. Arendt traz o conceito de ação como um processo humano que só pode ser praticado pelos homens. "[...] é a faculdade humana de agir, de iniciar processos novos e sem precedentes, cujo resultado é incerto e imprevisível, quer sejam desencadeados na esfera humana ou no reino da natureza." "Os homens são livres – diferentemente de possuírem o dom da liberdade - enquanto agem, nem antes, nem depois; pois ser livre e agir são uma mesma coisa." (ARENDT, 2013, p. 243, 199).

Reitera ainda que para:

[...] a ação deve ser livre, por um lado, de motivos e por outro, do fim intencionado como um efeito previsível. Isto não quer dizer que motivos e objetivos não sejam fatores determinantes e a ação é livre na medida em que é capaz de transcendê-los. (ARENDT, 2013, p. 198).

Tomando o pensamento de Arendt há que se considerar que a ação humana traz a possibilidade de negar que foi determinado a estes casais pela natureza, a infertilidade. Sob várias perspectivas a ciência se abre para tratar "do fardo" que traz o diagnóstico da infertilidade e do sofrimento inerente a ele. Os avanços trazidos pela tecnociência são notórios e muitos casais que antes não poderiam vislumbrar uma gravidez biológica são agraciados por uma gestação assistida através das NTRHA.

As questões psíquicas imbricadas na problemática da Reprodução Humana Assistida citada são muitas e nos defrontaremos ainda com outras, quando

fechamos nosso foco de pesquisa que é o destino de embriões excedentários decorrentes do tratamento de Fertilização *in vitro* (FIV).

Dentro da visão da Equipe Técnico-administrativa que acompanha o tratamento de casais de Fertilização *in vitro* (FIV), que vive a decisão do destino de seus embriões excedentários, há que se perguntar acerca do problema de ética colocados pelas biotecnologias. Lembra-nos Atlan (2004, p. 77)

O debate sobre essa questão é frequentemente apresentado como uma alternativa entre reificar ou instrumentalizar o embrião humano, de um lado, ofendendo a dignidade humana, de outro, travando a pesquisa e, por tanto, retardando progressos eventuais, terapêuticos, científicos ou econômico.

A dimensão subjetiva do casal que precisa optar pelo destino de seu embrião mantido congelado perfaz um dos objetivos específicos desta pesquisa. A relação estabelecida pelo casal e o seu embrião congelado é uma questão a ser considerada, tendo em vista que num dado momento ele terá que decidir pelo seu destino, quando não há interesse, seja lá por qual razão for, na transferência para ele próprio.

Poderíamos aventar que, a partir do estatuto que o casal dá a este embrião se definiria a relação estabelecida pelos mesmos. Este embrião seria apenas material genético ou já seria uma vida?

A disciplina do Direito traz teorias concernentes ao assunto justificando posições divergentes quanto ao embrião. Em algumas destas teorias, vemos o embrião, tão precocemente ascendendo a um estatuto ético e, segundo outros posicionamentos, o embrião é apenas um aglomerado de células. Seria então por aí que a discussão se iniciaria?

Tais teorias são: teoria genética desenvolvimentista:

[...] é uma teoria imprecisa para determinar o estatuto do ser humano, pois se baseia em conceitos embriológicos do desenvolvimento humano, os quais são difíceis de se definir em etapas exatas. Além disso, estabelecer distinção do ser humano através das etapas de seu desenvolvimento significaria que o embrião precoce não é ainda um homem, assim como um indivíduo na sua infância é 'menos humano que o indivíduo adulto'. (OLIVEIRA, 2006, p. 139).

Já a teoria da potencialidade da pessoa, defende que o embrião é uma pessoa humana em potencial. Assim nos alerta Oliveira (2006): o reconhecimento do embrião como uma pessoa potencial não possibilita de forma alguma proteção ao mesmo. Define-se o embrião não por aquilo que ele é e sim pelo que poderia se tornar. Enquanto a teoria concepcionista, como o próprio nome compreende que o embrião humano é uma pessoa desde a sua concepção, mesmo sendo fecundado *in vitro*.

Ainda pelo viés jurídico reiteramos que:

No que tange aos fatos mais práticos e menos filosóficos dos aspectos éticos da Reprodução Assistida, vale ressaltar que no Brasil, até hoje, os procedimentos de fertilização assistida não são regulamentados por nenhuma lei específica, mas pelas normas éticas definidas por resoluções do Conselho Federal de Medicina (CAVAGNA, 2009).

Seria ético destinar material genético para outro casal ou para pesquisa? E descartá-lo? Coisa ou pessoa, ele é? Em que momento um embrião pode ser considerado pessoa humana? Já no momento da fecundação, há vida humana? Ou seria apenas quando o pré-embrião completar seu 14º dia após a fecundação? Ele é um aglomerado de células?

Alguns dos pensamentos de Mário Cavagna (2009), acaloram esta discussão. Por exemplo, que a formação do ser humano é um processo contínuo, e não se pode detectar, precisamente, o momento em que um embrião deve ser merecedor do status de ser humano. Considerando-se que a vida deixa de existir quando cessa a atividade no sistema nervoso central, por analogia poderíamos considerar que se não há atividade neurológica no embrião, não há vida a ser preservada?

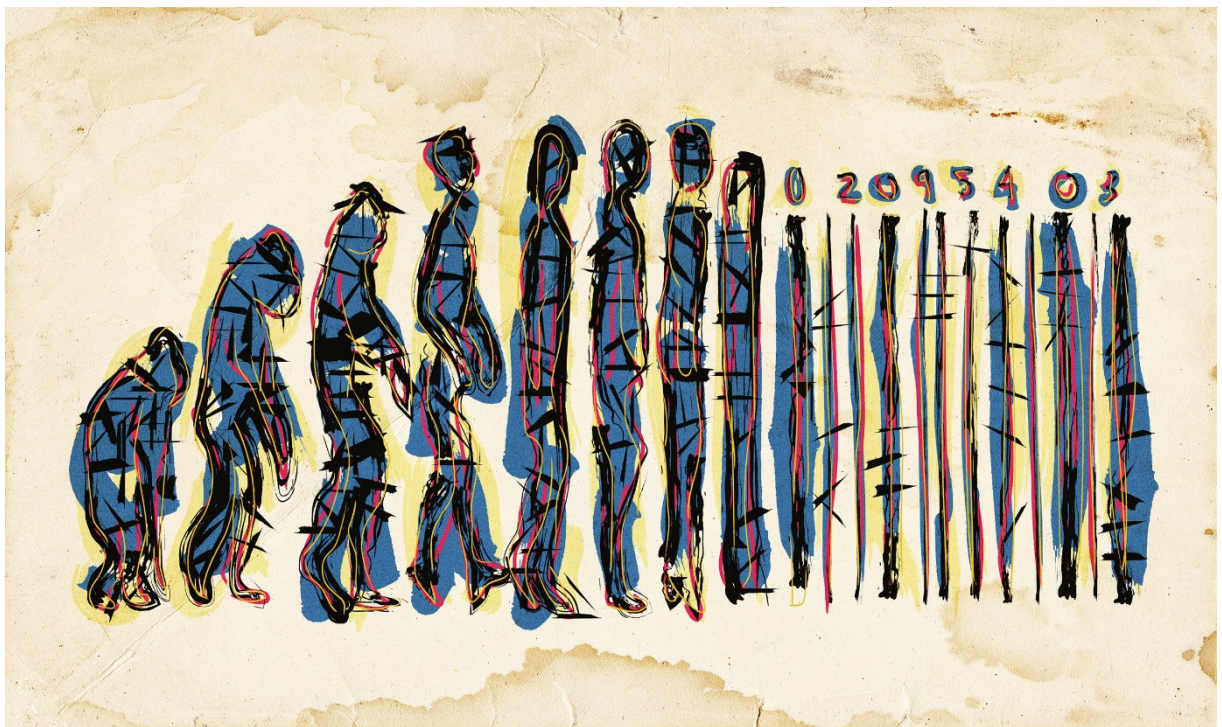
Frente a este instigante questionamento, essa dissertação teve seu percurso delineado pelos impasses que foram se apresentando e deles resultou 02 partes, e mais as Considerações Finais na sequência, e que procurou compreender a experiência ética e emocional dos envolvidos com a Reprodução Humana Assistida, especificamente a doação de embriões.

Na Parte 1, trata-se sobre o referencial teórico sobre a bioética, a Reprodução Humana Assistida e a doação de embriões.

Na Parte 2, diz respeito ao desenvolvimento da pesquisa, para tanto foram subdivididos em 03 tópicos: metodologia, seleção do material empírico e análise do material empírico.

Ao término encontram-se as considerações finais e, é quando convidamos o leitor a refletir sobre algumas estratégias para entender, compreender e agir eticamente frente ao objeto em estudo.

Iniciemos tal travessia de desvelamento do nosso objeto fazendo uma breve e concisa aproximação ao corpus teórico.



Fonte: Huxley, 2015.

PARTE 1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Bioética

Não só acho que devemos interferir na mãe natureza, como acho
que é isso que ela deseja.
(Williard Gaylin)²⁰

Antes de mais nada, é importante explicitar que a figura que antecede esta parte da dissertação é referente ao Livro: Admirável Mundo Novo (1932) de Aldous Huxley (2015) e foi escolhida por, no entendimento desta pesquisadora representar a evolução do Homem até chegar ao mapeamento genético. Assim como a ciência, a evolução do Homem nada mais é que um processo e a Bioética seria o elo entre vida e ciência.

À guisa de elucidar os fundamentos da bioética, faremos um percurso pelo nascimento da ciência, considerando o conhecimento científico como uma construção histórica ao longo do tempo, tendo como base a Ética. Para tanto, abordaremos o conceito de Ética para alguns expoentes pensadores na travessia da História. Dentre eles: os filósofos gregos (Sócrates, Platão, Aristóteles), Santo Agostinho, Santo Tomás de Aquino, John Locke, Isaac Newton, Immanuel Kant, Hannah Arendt. Todavia, ao que se segue e o foco de interesse é a bioética, um ramo da Ética. Lembrando, ainda, que não é nossa intenção a discussão aprofundada da construção do conhecimento científico e sim os fundamentos da bioética, especialmente na Reprodução Humana Assistida.

Portanto, foram escolhidos alguns pensadores que de uma forma ou de outra se fizeram marcantes enquanto construtores²¹ de um conhecimento científico que se faz importante para o objeto de pesquisa em voga.

Antes de mais nada, tomemos o conceito do termo “**conhecimento**” que segundo Engler (2011, p. 97-98):

Trata-se do saber, de perceber e de imaginar e/ou pensar um objeto, ou seja, o conhecimento é o resultado desse processo. É o objeto tornado realidade psíquica dentro de um sujeito. Ora, a construção do conhecimento se dá a partir da inovação em ciência e tecnologia

²⁰ Professor de Psiquiatria Clínica na *Columbia College* de psicólogos e cirurgiões.

²¹ De acordo Engler (2011) o conhecimento, a priori, é construção humana, ou seja, é construído. Somente, com o incremento da ciência cartesiana e sua filiação com a tecnologia à serviço do mercado é que aparece a terminologia produção do conhecimento.

em todos os seus ramos, isto é, no âmbito das ciências humanas, exatas, biológicas, da comunicação e da arte. Não podemos negar que toda ciência é produção do homem, logo toda ciência é humana. Mas a explícita reflexão sobre esta temática é tarefa específica das ciências humanas, sobretudo da filosofia.

Outrossim, discutiremos como o conhecimento foi se delineando ao longo da história, lembrando que o mesmo é ilimitado e que ele só se dá com bases na Ética. Reitera Engler (2011, p. 99) que está “[...] tem a função fundamental de toda teoria que seria: explicar, esclarecer ou investigar uma determinada realidade, elaborando os conceitos correspondente.”

Iniciaremos delineando o pensamento grego, de acordo com Maria Amália Andery et al. (2006, p. 20):

Foi na Grécia Antiga, num período que se estendeu do século VII a.C. ao século II a.C. que, pela primeira vez, o pensamento científico-filosófico tornou-se abstrato e surgiram tentativas de explicar racionalmente o mundo, em contraposição às explicações míticas produzidas até então.

Com os gregos compreendemos que “[...] a verdade não transparecia nas coisas, não era apreendida na mera aparência, sem a razão a observação seria fonte de engano.” (ANDERY et al., 2006, p. 48). Entretanto, Heráclito nos ensina que embora o Logos, como razão humana esteja presente em todo o universo e também em todos os homens, sendo então comum a todos pensar, nem todos compreendiam a verdadeira racionalidade do universo, ou seja, “[...] apreender a lei que o rege.” (ANDERY et al., 2006, p. 48). E essa constatação ainda não é uma que se apresenta no Tempo Presente.

Sócrates, Platão e Aristóteles, pensadores gregos que se caracterizaram por reflexões acerca da construção do conhecimento rigoroso e que este os levaria a formação dos cidadãos. Frisemos que “[...] eles estavam envolvidos na busca de formas de ação que levariam o homem a este tipo de produção, e todos propuseram métodos para isso.” (ANDERY et al., 2006, p. 59).

Tomemos Sócrates (469-399 a.C.), por exemplo, que ao acreditar e defender que havia valores e virtudes permanentes e que precisavam ser conhecidos para serem seguidos em defesa do bem de todos e não de alguns, criou o método de investigação da verdade. Este método, a ironia, só poderia ser praticado pelo diálogo. “É por meio dele que o aprendiz chegaria a descobrir em sua alma o

conhecimento [...]. A ironia socrática (e o diálogo) compunha-se de dois momentos – a refutação e a maiêutica.” (ANDERY et al., 2006, p. 64).

Ainda em Sócrates vemos que virtude e conhecimento se entrelaçam estreitamente, razão suficiente para dizer que ética e ciência estão profundamente inter-relacionadas.

Platão (427-347 a.C.) dá um sentido novo ao conhecimento pois atribui à ideia o significado de conhecimento verdadeiro. Para tanto, ele distingue dois mundos: mundo visível, sensível ou mundo invisível, inteligível ou mundo das ideias.

Aristóteles (384-322 a.C.) em sua teoria não se concilia com a filosofia platônica, em seu dualismo. Para este filósofo, a ideia não existe separada dos indivíduos concretos. Ela existe nos seres individuais. E por isto, nomeia “ATO e POTÊNCIA” como aquilo que é daquilo que tende a ser.

O homem é atividade, passagem da potência ao ato e o fim para o qual o homem tende é a felicidade (Eudaimonia) e não o prazer (Hedoné). Portanto, para que ele atinja a felicidade é preciso as virtudes. “A vida teórica para este pensador pressupõe a vivência na comunidade social e política [...]. E, portanto, a filosofia aristotélica passa a ser a ponte teórica necessária para a filosofia moral da civilização romano-cristã.” (ENGLER, 2011, p. 102).

A Idade Média, por sua vez, lembra-nos Andery et al. (2006) não pode ser vista como um todo homogêneo, já que nela coexistiam diferentes organizações sociais. Embora tenha havido grandes contribuições orientais na sociedade feudal ocidental, é proeminente a construção do conhecimento deste período à região ocidental. Para efeitos didáticos, a autora supracitada divide a Idade Medieval como o período que vai do século V ao XV.

A influência da igreja também se fez sentir na vida intelectual, quando:

[...] por um lado, o monopólio do saber permitiu o controle da veiculação do conhecimento, por outro, permitiu o controle da construção de conhecimento. Ao construir conhecimento, uniu-se ao saber greco-romano aos dogmas cristãos, buscando-se dar, assim, uma fundamentação sólida às doutrinas do cristianismo. Toda a vida intelectual ficou subordinada à Igreja: a teologia, a filosofia e a ciência traziam, umas mais, outras menos explicitamente, a marca da religião. (ANDERY et al., 2006, p. 142).

Santo Agostinho (354-430) retoma as ideias de Platão transformando-as em elevação ascética até Deus, que culmina no êxtase místico ou felicidade, que não

pode ser alcançada neste mundo.

Santo Tomás de Aquino (1226-1274), por sua vez, faz uso da filosofia aristotélica. Deus é o bem objetivo ou fim supremo cuja posse causa gozo ou felicidade, que é um bem subjetivo.

Todavia, é notável que em relação ao que se construía de conhecimento científico, não poderia haver contradição às ideias religiosas.

Na Idade Moderna para alguns expoentes como Thomas Hobbes (1588-1679), o conhecimento científico dependia das sensações e da imaginação ou pensamentos. Já para John Locke (1632-1704), a marca de seu pensamento filosófico foi a preocupação com o que possibilitava e no que constituía este processo de construção do conhecimento- o estudo do entendimento humano.

Isaac Newton (1643-1727), como um dos representantes da Modernidade contribuiu para o avanço do conhecimento em diferentes áreas, sendo a sua marca mais importante o modo de fazer ciência a partir da intensa relação entre a matemática e a experimentação.

Immanuel Kant (1724-1804), considerado um dos pensadores mais rigorosos e íntegros da filosofia moderna, “[...] transfere a preocupação com o mundo como objeto da ciência, para o homem enquanto capaz de fazer a ciência do mundo”, explica Andery et al. (2006, p. 344).

O uso prático da razão constituir-se-ia a possibilidade de ela elaborar um conjunto de princípios a priori para o uso adequado de suas faculdades fora dos limites da experiência. Entretanto, para se libertar dos entraves subjetivos da sensibilidade, Kant distingue agir segundo normas particulares e segundo normas universais.

A Crítica da Razão Pura e a Crítica da Razão Prática trazem a dimensão moral na construção de um conhecimento. A moral aqui como uso prático da razão.

Vale ainda a reflexão da pensadora política Hannah Arendt (1906-1975) (ARENDR apud SILVA, F. L., 1993) quando retoma Aristóteles no conceito ou virtude de *Phronesis* (discernimento ou prudência) para reencontrar o juízo reflexionante da Crítica do Juízo, de Kant.

De acordo com Kipper e Clotet (1998, p. 49): “[...] a Prudência, no seu significado verdadeiro e originário, é a virtude que facilita a escolha dos meios para um bom resultado. A *Phronesis* ou Prudência pauta o agir pelo princípio da busca do bom e pela recusa do que é mau.”

Como se sabe, esse tipo de juízo não se efetua com base em determinações gerais de ordem lógica existentes, a priori, na razão, mas sim, com base na consideração reflexiva de objetos ou situações particulares, vistas subjetivamente e alçadas a um patamar de universalidade não-teórica nem lógica. Seria algo aplicável à transformação das concepções subjetivas em opinião pública numa situação em que a palavra poderia ser compartilhada pelos cidadãos, como na democracia grega.

Embora a teoria filosófica da Ética deva ser distinta da tarefa diária de tomar decisões morais, a maioria dos filósofos concorda que o principal teste a ser aplicado a um sistema moral é verificar se ele pode ser harmonizado com aquilo que chamamos ética do senso comum (os julgamentos morais que fazemos, independente de argumentação filosófica, pela nossa avaliação ordinária).

É impossível sustentar que a ética do senso comum seja infalível. Todavia, sua relação com a ética filosófica é semelhante àquela que existe entre nossas percepções diretas dos fatos e a ciência Física. Assim, como o cientista precisa começar com sua percepção ordinária dos fenômenos e objetos físicos, do mesmo modo o filósofo precisa começar com a ética do senso comum.

A moralidade também está relacionada não apenas com os conceitos de bom e mau, certo e errado, virtudes e vícios, deveres e direitos. Intimamente ligados a esses conceitos estão aqueles de escolha, ação voluntária, intenção, responsabilidade, culpa e remorso. É difícil aceitar que algo, que nós reconheceríamos como um **sistema moral**, poderia, minimamente, dispensar as noções do que a pessoa realiza, das escolhas que ela faz e, portanto, daquilo pelo que ela é recompensada ou é punida.

Princípios morais e teorias éticas não são coisas isoladas. Influenciam e são influenciados por crenças e postulados que pertencem a outros campos do conhecimento, no mínimo à psicologia, à metafísica e à religião. Um ponto de vista extremado é aquele de Kant, de que, entre outros, o livre arbítrio seria um pressuposto necessário do pensamento moral. Assim, também reflete Arendt.

A modernidade, nos ensina Franklin Silva (1998, p. 31), “[...] se caracteriza pela hegemonia da razão, o que se traduz no triunfo do seu mais eminente produto, a ciência e os seus prolongamentos técnicos.”

Assim, a esta época, o homem já não está submetido às injunções do sagrado, e nem às forças naturais, que foram explicados e dominados pela ciência na Idade Média.

A contemporaneidade, conforme, Franklin Silva (1998), tem como uma de suas características a incapacidade de estabelecer a relação entre meios e fins de forma prática, ou seja, o universo da realização humana, como finalidade do progresso técnico. Franklin Silva (1998, p. 32), enfatiza que “[...] nunca se dispôs de tantos meios, e nunca eles estiveram tão distanciados dos fins a que deveriam servir.” Para tanto, estabelecer a relação entre estes meios configura-se num problema ético.

Reiteramos ainda com as reflexões de Arendt que o homem inventa a ciência, quando já descontente de só observar, registrar e contemplar aquilo que a natureza se dispunha a mostrar-lhe em sua aparência, passa a impor-lhe condições e a provocar processos naturais.

O que, na época, se transformou em crescente capacidade de deflagrar processos elementares, os quais, sem a interferência do homem, teriam continuado adormecidos e talvez jamais ocorressem, terminou finalmente numa verdadeira arte de ‘fabricar’ a natureza, isto é, de criar processos ‘naturais’ que, sem os homens, jamais existiriam e que a natureza terrena, por si mesma, parece incapaz de executar, embora processos semelhantes ou idênticos possam ser fenômenos comuns no espaço fora da Terra. (ARENDT, 2000, p. 243).

“O conceito central das duas ciências inteiramente novas da era moderna da ciência natural como da ciência histórica é o **conceito de processo**, e a experiência humana real em que esse conceito se baseia é a ação.” (ARENDT, 2000, p. 244, grifo nosso).

A ação é a capacidade humana de incitar processos, de interferir no reino da natureza. E tem como características, segundo Arendt (2000), a imprevisibilidade dos resultados, a irreversibilidade do processo e o anonimato dos autores frente ao Tempo Presente.

“Os homens são livres - diferentemente de possuírem o dom da liberdade- enquanto agem, nem antes, nem depois; pois ser livre e agir são uma mesma coisa.” (ARENDT, 2013, p. 199). Para tanto, é pelo fato do homem ser livre que é capaz de agir.

Atevemo-nos a dizer que a Reprodução Humana Assistida (RHA), temática deste estudo foi uma “invenção” a partir do agir humano trazendo uma descontinuidade do jugo imposto pela natureza - a infertilidade.²²

²² Infertilidade, como é definida pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) é a ausência de gestação por um período mínimo de dois anos, apesar da prática regular de relação sexual.

A RHA como hoje é definida “[...] o conjunto de técnicas laboratoriais que visa obter uma gestação substituindo ou facilitando uma etapa deficiente no processo reprodutivo.” (BADALOTTI, 2010, p. 480).

Lembremos ainda que recebeu, ao longo de sua história, diversas denominações, como antes citado, mas nunca muito repetido:

Fertilização artificial, fecundação artificial, fecundação por meios artificiais, impregnação artificial, concepção artificial, sementeira artificial, inseminação artificial, fecundação *in vitro* ou Fertilização matrimonial. (FRANÇA apud SILVA, W. R. B., 2002, p. 56).

Lembrando ainda que, ao longo da história da Reprodução Humana Assistida, é possível observar aos primeiros experimentos datarem do século XVIII, quando se tem os primeiros relatos de experimentos científicos envolvendo o contato de fluido seminal e óvulo.

Embora possa ser explicitado em termos simples, como a técnica que visa auxiliar a fertilização ao aproximar espermatozoides²³ dos óvulos²⁴, a RHA traz em seu bojo o inédito e fantástico de uma época: fazer um filho em quem não poderia imaginá-lo sem a ajuda da ciência.

Porém, ainda que a ciência tenha vislumbrado e ratificado a sua ação ao procriar casais inférteis, vemos discussões de ordem ética permearem conjuntamente os avanços das técnicas desta área, seja na Medicina, na Embriologia, Psicologia.

É bom ainda salientarmos que muitas famílias, nas últimas décadas, foram e continuam sendo formadas a partir do que a medicina possibilitou. A alternativa de filho biológico buscada por tantos casais é hoje realizada a partir dos avanços da RHA e a doação de gametas e de embriões só pode contribuir neste sentido, embora seja importante lembrar que esta questão precisa ser bem trabalhada e elaborada pelos casais, tanto doadores quanto receptores como nos orienta o **1º Consenso de Psicologia de Reprodução Humana Assistida**, já citado nas considerações iniciais deste estudo.

Assim, sabemos o quanto faltava à Psicologia no sentido de normativas que orientasse a sua atuação. O livro proveniente deste consenso e de mesmo nome representa um **marco ético da Psicologia na Reprodução Humana Assistida no**

²³ Espermatozoide: células reprodutoras masculinas (OLIVEIRA, 2006, p. 257).

²⁴ Óvulo: gameta feminino que quando fecundado gera um outro ser; ovo pequeno.

Brasil, pois até a data de sua elaboração não havia nenhuma normativa, orientação quanto ao trabalho da Psicologia nesta área específica de atuação.

De acordo com Débora Farinati e Helena Prado (2012, p.30):

[...] o provimento de informações sobre o funcionamento do Programa de Doação de Gametas [...] e porque não dizer, da Doação de embriões (acréscimo nosso) não é atribuição exclusiva ou inerente à função do psicólogo nas equipes; contudo, este poderá realizá-la, desde que com o devido cuidado em preservar sua função principal que é a de escuta das questões emocionais implicadas nestas situações e de que esteja sempre em parceria com a equipe médica.

Frisemos que a realização do 1º Consenso de Psicologia em Reprodução Humana Assistida, em agosto de 2012, em Guarujá, SP, durante o 16º Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida, veio assinalar a importância que um evento deste porte representou: um espaço de discussão e reflexão de ações, no campo da Psicologia da Saúde, aplicada à Reprodução Assistida, uma prática que foge das especificidades e protocolos da biotecnologia médica e promove o entrelaçamento destas duas importantes disciplinas da área da saúde – a Psicologia e a Medicina.

Ainda faz-se importante dizer que o objetivo do Consenso foi o desenvolvimento de uma decisão que fosse a melhor para o grupo como um todo. Em síntese, o Consenso representou evolução, um exercício pleno da democracia.

Por sua vez, as palavras de uma das coordenadoras deste Consenso, Kátia Straube, em sua abertura:

O 1º Consenso Brasileiro de Psicologia em RHA envolveu dezesseis profissionais atuantes na área, e foi construído de maneira inovadora: partiu de cinco grandes temas da Psicologia na Infertilidade e RA (Reprodução Assistida) e grupos de três profissionais responsáveis por um tema; em seguida, cada tema foi levado ao conhecimento do grande grupo que pôde comentar, sugerir e debater o exposto; e por último, o levantamento de questões de cada tema que foram pontuadas como consensuais, norteadoras do exercício de atenção psicológica em RA. Tudo isso ocorreu inicialmente em ambiente virtual, ou seja, o Consenso começou virtual e encerrou realizando-se no 16º Congresso de Reprodução Assistida. Demarcando um árduo trabalho de aproximadamente noventa dias, de preparação e discussão dos grandes temas propostos, a expectativa da equipe envolvida é a de que o Consenso possa orientar a atenção psicológica nas unidades públicas e privadas que se dedicam aos tratamentos reprodutivos e contribuir para que seja efetivamente incorporada aos protocolos de serviço, como um objetivo a se alcançar muito em breve [...]. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, 2013, p. 5).

Delineando este pensamento, é preciso ainda mencionar que o Brasil tem ao seu alcance a Lei nº. 11.105/2005, Lei de Biossegurança, promulgada em 24 de março de 2005, que versa sobre os Organismos Geneticamente Modificados (OGM) e que também trata das questões da Reprodução Humana Assistida, mantendo em seu artigo 5, a questão dos embriões humanos (ANEXO A).

Polêmicas quanto à valoração do embrião em toda a sociedade brasileira permearam está seara, mais especificamente a questão da pesquisa com células-tronco embrionárias. E sabemos que a Igreja influenciou em muito tal contenda.

Porém, Féo (2010) nos orienta para a realidade do Brasil, considerado um Estado laico e a impossibilidade de encontrarmos um estatuto moral comum para o embrião.

Pela diversidade moral, tal impossibilidade é presente. Assim, só é possível o estatuto jurídico dado ao embrião.

Além do mais, um Estado laico conta com a liberdade de culto, de religião, de profissão de fé é garantia constitucional, não pode utilizar um dogma com base legislativa. Lembra-nos que “[...] as normas não poderão ser confeccionadas sob fundamentos religiosos.” (FÉO, 2010, p. 276).

Quanto à discussão da liberação dos embriões para pesquisa de células-tronco, ao seu término, o que pode-se assistir no Brasil:

[...] quando foi proferida a decisão final o debate jurídico se encerra, mas ela não apenas integra o ordenamento jurídico brasileiro como também goza do status de ter sido declarada constitucional (a pesquisa de células-tronco) pela Corte. Todavia, continua no cenário bioético, a filosofia e a ética contribuem enquanto espaços abertos de reflexão, crítica e questionamento. (SILVEIRA, 2009, p. 102).

O *status* dado ao embrião é premente na discussão que se seguiu: amontoado de células ou vida humana? A pergunta em torno da qual girou este debate era o embrião teria direito à vida ou não.

Esta questão será melhor adentrada à frente na Parte 1 - Referencial Teórico, 1.3 Doação de embriões.

O progresso da razão gerou novas formas de dominação ideológica, que se manifestam nos campos social, político, econômico e que somente são possíveis num mundo em que domina a produção, essencialmente vinculada ao aperfeiçoamento dos meios técnicos de transformação da natureza. (SILVA, F. L., 1998, p. 31).

Poderíamos ainda dizer que, o homem a partir da sua capacidade de fazer ciência não interfere somente na natureza, como se coloca sujeito e protagonista de sua própria história. Para tanto, o questionamento que fica é se, de fato, o homem pôde e pode ao longo da história como construtor do conhecimento, realizar-se em sua autonomia de forma ética?

É forçoso dizer, como já mencionado anteriormente, e que o que o Tempo Presente desafia são questões não para a ciência, mas para os homens que a fazem. Assim sendo, a Reprodução Humana Assistida desafia os Homens que encaram no seu dia a dia questões bioéticas cada vez mais novas e desafiantes. Ter uma visão humanitária para além de propostas científicas moderníssimas e ter a ciência a favor do Homem é um desafio ético.

Mas há de se considerar que embora tenha a conotação de autonomia, a ciência pôde dar ao homem uma impetuosa arrogância, como podemos observar em alguns momentos da história, o que muitas vezes o distanciou da dimensão ética. Dessa maneira, por pressões de fatos históricos é que surgiu a bioética. Seu compromisso é, antes de mais nada, integralizar ou complementar a ética prática configurando-se como uma ética aplicada. É o agir correto ou bem-fazer relacionados com a vida e a saúde.

Dupas (apud ENGLER, 2011, p. 113) nos ensina que:

Nesse século [...] as novas tecnologias na área do átomo, da informação e da genética causaram em crescimento brutal dos poderes do homem, agora sujeito e objeto de suas próprias técnicas. Isso ocorre num estado de vazio ético no qual as referências tradicionais desaparecem e os fundamentos ontológicos, metafísicos e religiosos da ética se perderam. Os novos valores da pós-modernidade mergulham num total niilismo.

Notável lembrar que à época da Segunda Guerra Mundial, nos anos de 1939 a 1945 do século XX, quando práticas experimentais com seres humanos se deram por médicos e cientistas incitaram a uma reflexão ética e à elaboração das primeiras diretrizes da bioética.

Lembre-mos dos “[...] imperativos categóricos kantianos, segundo o qual o ser humano deve ser tratado como um fim em si mesmo, jamais como um meio.” (COSTA, 2008, p. 28).

1.1.1 Um pouco do histórico da bioética

Como campo disciplinar é possível delinear ao que a Bioética percorreu: as primeiras diretrizes éticas internacionais - **Nuremberg e Helsinque**, que representaram a modificação do padrão de assistência sanitária.

O Julgamento de Nuremberg²⁵ trouxe a elaboração de um código advindo da discussão sobre os conflitos éticos nas pesquisas científicas, chamado **Código de Nuremberg (1947)**, aceito por diversos autores como “[...] um marco importante para a reflexão ética intransigente do respeito à dignidade da pessoa humana.” (COSTA, 2008, p. 27).

Ainda, o Código de Nuremberg foi o primeiro documento contendo diretrizes éticas para nortear a realização de estudos com seres humanos, valorizando o consentimento informado de toda pessoa que participará de uma pesquisa.

Declaração de Helsinque, documento dirigido inicialmente aos médicos (1964), com o objetivo de enfatizar a importância de se adotarem princípios éticos nos estudos que incluíssem seres humanos. Surgiu a partir da décima oitava assembleia da Associação Médica Mundial na cidade Helsinque (Finlândia) com o propósito de reaproximar os médicos dos ensinamentos contidos no Código de Nuremberg.

Reitera ainda Costa (2008) que quase duas décadas depois da divulgação do Código de Nuremberg, um **artigo** publicado em 1980 por uma anestesilogista, de nome **Henry Beecher** da Universidade de Harvard escancarou a vergonha de ainda persistirem pesquisas semelhantes aos experimentos nazistas com seres humanos e publicados em periódicos científicos. Assim, este seu artigo passou a ser um **marco referencial para o estudo da ética em pesquisa**.

Diante de episódios de denúncias publicada no *New York Times* nos EUA com negros com sorologia positiva para sífilis contribuíram para a consolidação acadêmica da bioética e em **1974**, a criação da **Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos em Pesquisas Biomédicas e Comportamentais**.

²⁵ Foi a formação inédita de um tribunal militar internacional para julgar o alto escalão nazista por crimes de guerra e contra a humanidade durante a 2ª Guerra Mundial. Os procedimentos duraram 315 dias (de novembro de 1945 a outubro de 1946) e aconteceram no Palácio da Justiça de Nuremberg, na Alemanha. A cidade, que simbolizava um dos bastiões nazistas, foi escolhida pelos aliados para desmistificar a aura do regime de Adolf Hitler.

Esta comissão tinha como objetivos identificar os princípios éticos básicos norteadores das pesquisas com sujeitos humanos, elaborando diretrizes para assegurar que os estudos pudessem ser conduzidos de acordo com tais princípios, e produzir um documento referente à pesquisa envolvendo fetos humanos. (COSTA, 2008, p. 34).

O produto do trabalho da comissão foi chamado **Relatório Belmont**, que foi publicado em 1978. Este relatório, segundo salienta Kipper e Clotet (1998, p.45) “[...] apresenta princípios básicos que podem ajudar na solução dos problemas éticos surgidos na pesquisa com seres humanos.” Sendo elaborado por onze profissionais de áreas e disciplinas diversas, que na época, nos Estados Unidos, eram membros da Comissão Nacional para a Proteção dos Sujeitos Humanos da Pesquisa Biomédica.

Tamanho foi o impacto dos enunciados deste documento na consolidação acadêmica da bioética, principalmente após a publicação da obra *Princípios da ética biomédica* de Tom Beauchamp e James Childress. Estes autores consideraram os **3 princípios do Relatório de Belmont** (Autonomia, Beneficência e Justiça e acrescentaram um quarto, o da não-maleficência). Foi então publicado um **Livro de Beauchamp e Childress (*Principles of Biomedical Ethics*)**, em 1979, que se tornou uma referência da bioética, marcando a História mundialmente.

Para tanto, há que se definir estes **princípios** como:

- I. **Princípio da autonomia:** Este princípio passa pelo respeito pela autonomia do sujeito, bem como à sua capacidade de decidir o que é melhor para a situação de saúde. Segundo Costa (2008, p. 36): “Quanto à aplicação desse, concorda-se que o ato de consentir deve adotar como premissa os seguintes elementos: informação, compreensão e voluntariedade”, pode ser chamado de Princípio da permissão.
- II. Pessini e Barchifontaine (apud COSTA, 2008, p. 36), lembra que o modelo conceitual de autonomia do relatório “[...] não é kantiano, o homem, como ser autolegisador, mas outro muito mais empírico, segundo o qual uma ação se torna autônoma quando passou pelo trâmite do consentimento informado.”
- III. **Princípio da não-maleficência:** requer a obrigação de não causar danos. No mais, envolve a abstenção e é devido a todas as pessoas.
- IV. **Princípio da beneficência:** tem como regra norteadora o bem-estar e os interesses do paciente. Suas regras podem ser interpretadas como: não causar dano, maximizar os benefícios e diminuir os possíveis danos.

- V. **Princípio da justiça:** Considera-se o bem da sociedade, ou seja, dar a cada um aquilo de que necessita.

Estes conceitos serão tratados adiante no item - Revisitando a Bioética. Assim, retornemos ao histórico da bioética salientando que bioética, como tal, está alicerçada na trilogia: “O que posso”, “o que devo” e “o que quero” e não deve ser pensada como uma doutrina, mas como uma ciência que nos instiga a refletirmos sobre os processos da vida (conhecimentos biológicos e valores humanos no Tempo Presente).

Especificamente na **Reprodução Humana Assistida**, um **marco bioético** é o **Relatório de Warnock (1984)** ou **Warnock Report**²⁶ pois a partir de 1990, inúmeras sociedades médicas e países estabeleceram diretrizes éticas e legislação, respectivamente, para as tecnologias reprodutivas com base nas proposições deste relatório. Como já dito, nas considerações iniciais, a exemplo, está a Inglaterra, que estabeleceu os limites legais para a reprodução assistida no ano citado a partir deste relatório.

Vale frisar as palavras de José Roberto Goldim (1998, p. 40) que:

A pesquisa em embriões humanos foi muito realizada nas décadas de 1960 e 1970 com o objetivo de disponibilizar técnicas de reprodução assistida. Esta pesquisa envolve conceitos humanos até a oitava semana de desenvolvimento. No Relatório Warnock, publicado em 1984 no Reino Unido, para esclarecer as questões sobre reprodução e embriologia, existe a proposição de que podem ser feitas pesquisas sem restrição até o 14o dia, desde que os pré-embriões utilizados sejam destruídos ao final do experimento. Esta proposta contraria todas as normas e diretrizes de pesquisa em seres humanos, desde o Código de Nuremberg, que propõem o impedimento de experimentos cujo desfecho possível seja a morte.

A pesquisadora de RHA, Simone Perelson da Universidade Federal do Rio de Janeiro, lembra-nos que este relatório, foi uma peça de debate ético de vanguarda e que são propostas deste mesmo relatório, ainda que sejam também considerados crimes a colocação de embrião humano no útero de outras espécies e a venda de embriões humanos sem autorização. Além disso, ele indica a necessidade de criação de lei para impedir o direito de propriedade sobre ele (PERELSON, 2009).

²⁶ Este relatório foi o resultado do 1º Comitê Britânico presidido por Helen Mary Warnock.

Diante de uma premissa tão essencial na bioética - **princípio da beneficência** - há de se perguntar porque suportamos engolir as atrocidades de médicos nazistas como Mengele²⁷ vitimar dezenas, centenas e até milhares de judeus com suas pesquisas nos campos de concentração?

E ainda em pleno século XXI suportamos abusos, e por que não dizer, experiências humanas ainda ocorram. É o que vemos estampado em toda mídia abusos como o do médico ginecologista Roger Abdelmassih de uma Clínica Privada de RHA de São Paulo-SP, Brasil, que aproveitando da sedação de suas pacientes, estuprou-as e ainda manipulou material genético dos casais que se submeteram aos tratamentos em sua clínica.

Questionamentos como: Uma lei ordinária para RHA faria a contenção a deste tipo de abusos? nos faz repensar. Também o comentário de como é desafiante aproximar a tecnologia da humanidade. Este é seu grande desafio bioético: defrontar sempre com o relato de abusos cometidos contra seres humanos em nome do progresso da ciência.

Especificamente, no que diz respeito à Reprodução Humana Assistida, o que sabemos é que frente ao vácuo jurídico existente nesta área o Conselho Federal de Medicina (CFM) pensa, repensa e cria resoluções para conseguir resolver querelas como estas.

A primeira delas – Resolução CFM nº. 1.358/92 – orienta os médicos quanto às condutas a serem adotadas diante dos problemas decorrentes da prática da reprodução assistida, normatizando as condutas éticas a serem obedecidas no exercício das técnicas de reprodução assistida (CFM, 1992).

Todavia, o que se observa são avanços técnico-científicos e modificações de condutas éticas por parte da sociedade, o que fez com o Conselho Federal de Medicina, juntamente com representantes da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, revisar a resolução em comento, adaptando-a à evolução tecnológica e modificações de comportamento social. Assim, mais 3 resoluções se seguiram a esta.

²⁷ Josef Mengele foi um médico alemão que se tornou infame por ter atuado como cientista durante o regime nazista. O apelido de Mengele era Beppo, mas ele ficou conhecido como o "Anjo da Morte" do campo de concentração de Auschwitz.

Van Rensselaer Potter (1911-2001), como o fundador da disciplina inter e transdisciplinar que introduz direitos humanos na investigação científica, ressalta:

Eu proponho o termo Bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos. (POTTER, 1971 apud SCHRAMM; BRAZ, [20--]).

Quando pensamos que os avanços da ciência propulsaram os próprios profissionais da área da saúde a defenderem a vida humana e daí o surgimento da bioética, que seria uma reflexão acerca de questões éticas morais referentes ao uso da ciência, é revoltante ainda ver estampado na mídia este tipo de desumanidade.

Em alguns momentos da história da humanidade vemos que tais abusos se tornaram crueldade, perversidade, como o que citamos há pouco acerca do Holocausto.²⁸

Assim, o oncologista Potter em 1971, recriando a ideia de Fritz Jahr - primeiro a cunhar o termo bioética para se referir às ciências biológicas utilizadas para a melhoria da qualidade da vida, e poderia ser conceituada como o exercício reflexivo ético acerca das questões que se apresentam na prática das ciências da vida e da saúde "Bioética é o estudo sistemático das dimensões morais - incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas - das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar." (REICH, 1995, p. 25).

Lembra-nos Atlan e Baum (2009, p. 88-89), em "Dos embriões aos homens":

Que o discurso bioético, como lugar de construção de consenso de convicções morais, encontra ao mesmo tempo sua significação política e seus limites. A questão metodológica permanece a de saber como um discurso bioético, cujos princípios estão em perpétua tensão, pode desempenhar o papel de conciliador social entre posições morais que, ainda que plurais, exigem uma coerência interna e uma compatibilidade com o ideal democrático.

Para além desta primeira aproximação ao percurso histórico da bioética, cabe ainda refletirmos sobre o seu conceito.

²⁸ "Holocausto" é uma palavra de origem grega que significa "sacrifício pelo fogo". Foi a perseguição e o extermínio sistemático, burocraticamente organizado e patrocinado pelo governo nazista, de aproximadamente seis milhões de judeus pela Alemanha e seus então colaboradores.

1.1.2 Revisitando o conceito de bioética

Fritz Jahr foi um filósofo alemão, pastor protestante e educador que, em *Halle an der Saale*, publicou, em 1927, um artigo, no n. 24 da revista *Kosmos*, intitulado “Bio-Ética: uma Revisão das Relações Éticas dos Seres Humanos, com os Animais e as Plantas” onde propôs um Imperativo Bioético, como extensão do Imperativo Categórico de Kant a todas as formas de vida. Foi ele, portanto, o **primeiro a cunhar o termo**.

No entanto, quando deparamos com um texto de Roa-Castellanos e Bauer (2009, p. 158) com traduções de escritos de Jahr, em que o próprio autor “[...] propõe à comunidade intelectual as palavras Bioética, Imperativo Bioético e Biopsicologia (*Biopsyche*) e as ideias a elas inerentes.”

O conceito bioética foi usado pelo conhecido bioquímico e oncologista americano **Van Rensselaer Potter**²⁹ em 1971, para se referir às ciências biológicas utilizadas para a melhoria da qualidade da vida, recriando a ideia de Jahr. Vale dizer que o termo cunhado por este filósofo diferencia de Potter, pois foi com este último que o termo ganha uma concepção de “saber interdisciplinar”.

A obra de Potter foi denominada *Bioethics: bridge to the future*³⁰, definindo-a como uma disciplina que seria uma ponte entre os avanços da ciência e a busca dos valores humanos. Foi notado por este teórico que os valores éticos não podiam mais ser separados dos fatos biológicos, e por isso, houve a necessidade de estipular uma “ponte” entre a biologia e a cultura humanista-moral.

Schramm (2011, p. 302) nos explica que o termo “ponte” usado como metáfora por Potter para dizer do “diálogo” “[...] entre a Ciência e Ética, e cujas condições de possibilidade seriam dadas por uma forma de saber consciente de seus limites e também de suas responsabilidades.”

Reitera este autor que Potter via a necessidade de estabelecer uma ponte entre o universo dos “fatos científicos” e aquele dos “valores éticos”. Compreendia que a sua prática e o seu discurso situavam-se na intersecção de várias tecnociências (principalmente medicina e a biologia, com suas múltiplas especializações), das ciências humanas (sociologia, psicologia, ciência política,

²⁹ Potter era um pastor protestante de naturalidade americana e de formação bioquímica e era engajado na luta contra o câncer. Nasceu em 1911 e faleceu em 2001.

³⁰ Trata-se de uma coletânea de artigos científicos, entre os quais se destaca bioética: a ciência da sobrevivência, que define a bioética como a “ciência da sobrevivência humana”.

psicanálise, direito, etc.) e de disciplinas que não são exatamente ciências: a Filosofia e a Teologia (SCHRAMM, 2011).

Potter morreu em 2001 se sentindo injustiçado no meio acadêmico internacional pelo descaso com suas ideias, segundo nos ensina Costa (2008, p. 27) e reitera que “[...] em suas últimas publicações, dedicou-se à defesa intransigente de uma bioética global, que não se restringia ao estudo dos conflitos morais na área biomédica.”

Mas foi no **ano de 1978 com Reich** que houve uma definição mais difundida e aceita do termo bioética: “[...] o estudo da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, examinada à luz dos valores e dos princípios morais.” (COSTA, 2008, p. 30).

Semião (apud OLIVEIRA, 2006, p. 133) ressalta:

Na verdade, o termo bioética foi criado no sentido de introduzir direitos humanos na investigação científica, levando sempre em conta a dignidade do homem, ao mesmo tempo em que se ampliam as fronteiras do conhecimento científico, mais especificamente da biogenética e da engenharia genética.

Willian Saad Hossne e Leocir Pessini (2014, p. 14) enfatizam que:

Potter ressaltou a importância de que a Bioética é uma área do conhecimento que deve ter caráter multi, inter e transdisciplinar, unindo as duas esferas: a da tecnociência e a das humanidades. A Bioética teria como campo de atuação a ética nas (e das) ciências da vida, da saúde e do meio ambiente, em interface.

Reiteram ainda que a “Bioética nasceu sem corpo conceitual e doutrinário constituído, muito embora com profundo significado.” (HOSSNE; PESSINI, 2014, p. 13). Assim sendo, não houve uma discussão, análise e proposição acerca dos princípios norteadores da bioética.

De acordo com o histórico realizado por estes autores, estes princípios surgiram e foram propostos para nortear os critérios utilizados para a proteção do sujeito da pesquisa utilizados no âmbito da ética em pesquisa, da ética biomédica, e, em seguida, expandiram-se para a Bioética.

Contudo, especifiquemos os **princípios básicos em bioética**, tendo em mente que os mesmos **têm importância essencial**, são necessários, mas **não são suficientes** (CESARIN, 2009).

Lembrando que na análise da teoria dos princípios observa-se que eles são limitadores, no sentido de serem reducionistas, lembra-nos Cesarin (2009). É premente que os mesmos deveriam auxiliar a atingir os objetivos da Ética em todos os campos da vida cotidiana.

Hossne e Pessini (2014) propôs então a **teoria dos referenciais**, permitindo assim maior liberdade de reflexão, ultrapassando o raciocínio lógico. Nas diversas situações em que se encontram a bioética, inclusive no campo das ciências da vida e ou das ciências do meio ambiente, esta liberdade é bem aproveitada.

A proposta deste teórico é que estes referenciais são orientadores, encaixando quaisquer casos e, se bem utilizados, consideram a singularidade de cada um, pois permitem examinar o caso em si, superando o puro legalismo.

1.1.3 Princípios básicos da bioética

Princípio da autonomia

A **autonomia** é a capacidade de pensar, decidir e agir, com base em tal pensamento e decisão, de modo livre e independente. O princípio da autonomia é o requisito moral do respeito pela autonomia dos outros. Há três tipos de autonomia: pensamento, ação, vontade.

Princípio da não-maleficência

É a crença, segundo a qual, independentemente da escolha e decisão das pessoas, deve-se sempre agir de acordo com o que nós julgamos correto e melhor para elas; isto é, nunca causar-lhes o mal. É o princípio hipocrático do *primum non nocere*³¹, que significa não causar danos.

A tradição hipocrática diz: “[...] cria o hábito de duas coisas: socorrer ou, ao menos, não causar danos.” (KIPPER; CLOTET, 1998, p. 47).

A Ética Hipocrática seria, segundo ainda nos lembra as autoras acima citadas:

Realize seus deveres correta e calmamente, ocultando a maioria das coisas do paciente, enquanto o estiver atendendo. Dê as ordens necessárias, de modo direto e sincero, distraindo sua atenção do que estiver sendo executado; algumas vezes repreenda dura e enfaticamente, em outras conforte com solicitude e atenção, sem revelar nada da condição presente ou futura do paciente. (KIPPER; CLOTET, 1998, p. 47).

³¹ Do latim que significa: Primeiramente não prejudicar.

Princípio da beneficência

É a crença segundo a qual é correto comandar a vida das outras pessoas para o “bem” delas, independentemente de suas próprias vontades ou julgamento. Segundo Frankena (apud KIPPER; CLOTET, 1998, p. 47-48) “[...] o Princípio da Beneficência requer não causar danos, prevenir danos e retirar os danos ocasionados.”

Em contraponto ao princípio da beneficência está uma posição paternalista que pode ser definida como: a interferência com a liberdade de ação de uma pessoa, onde a justificativa alegada para tal interferência, é que a mesma é para o bem daquela pessoa cuja liberdade de ação está sendo restringida.

É preciso pensar que, se este princípio for exercido de modo absoluto, a esta conduta aniquilaria a manifestação da vontade, pois o verdadeiro ato profissional é resultado da interação entre este e o sujeito (paciente).

Ainda poderíamos pensar no moralismo que é a crença segundo a qual é correto comandar a vida das outras pessoas independentemente de seus desejos e juízos, de modo a que a “moralidade” possa ser preservada.

Princípio da justiça

É o princípio segundo o qual, as decisões a serem tomadas, o serão conforme postulados, normas e leis, acordados previamente pela maioria dos componentes de uma comunidade ou sociedade considerada. Tal princípio seria prevalente quando houvesse dúvida quanto à adoção de regras autonômicas ou beneficentes.

Formulações de distribuição de justiça (como equidade):

1. A cada pessoa, uma cota e uma oportunidade igual;
2. A cada pessoa, de acordo com a necessidade individual;
3. A cada pessoa, de acordo com o esforço individual;
4. A cada pessoa, de acordo com a contribuição social;
5. A cada pessoa, de acordo com o mérito.

É importante dizer que, na medida em que nenhum sistema científico se sustenta sem o aval da verdade, da mesma forma nenhum sistema de leis se sustenta sem que seja, de fato, justo.

Quando tratamos qualquer princípio como pressuposto inviolável, estamos voltando nossas costas para os critérios de verdade que devem necessariamente embasar qualquer sistema de moralidade.

“Nas ideias aristotélicas já era possível encontrar a proposta de justiça formal, quando ele afirmava que os iguais devem ser tratados de forma igual e os diferentes de forma diferente”, é o que nos orienta Selma Cesarin (2009, p. 134).

Para este filósofo, o termo **justiça** denota legalidade e igualdade.

É preciso ainda ressaltar, segundo a autora supracitada, que no “Relatório Belmont” (1978 apud GOLDIM, 2010) trazia as seguintes ponderações:

Uma injustiça ocorre quando um benefício que uma pessoa merece é negado sem uma boa razão, ou quando algum encargo lhe é imposto indevidamente. Uma outra maneira de conceber o Princípio da Justiça é que os iguais devem ser tratados igualmente.

[...]

Beauchamp, Childress, este princípio deve ser visto como a expressão da justiça distributiva, no sentido de distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade, de acordo com normas que estruturam, os termos da cooperação social.

Há autores que consideram ainda como princípios norteadores da bioética, a alteridade, a tolerância.

Ora, acreditamos que a partir do diálogo, da tolerância e do respeito, palavras-chave para a construção de uma ponte entre os princípios para desenvolver o bem do ser humano.

Para tanto, a discussão dos mesmos:

Alteridade (ou outridade) é a concepção que parte do pressuposto básico de que todo o homem social interage com (e interdepende de) outros indivíduos. Assim, como muitos antropólogos e cientistas sociais afirmam, a existência do "eu-individual" só é entendida mediante um contato com o outro (que em uma visão expandida se torna o outro – cada pessoa da sociedade diferente do indivíduo).

Tolerância é a capacidade de, mesmo discordando da postura moral dos outros, entender essas diferenças, não para aceitá-las, mas para tentar harmonizá-las, dentro de um sistema que possa permitir a convivência de todos em um terreno comum.

A bioética, acima tem sobreposto a qualquer interesse, **valor**. Tendo em sua etimologia valor, *axios*, do grego, lembrando que ela só tem existência se for ligada à vida. Assim, os princípios da bioética, visam a *axios*, ou a vida e não só valor humano.

Nós, humanos somos iguais em existência a qualquer outro que tenha vida, seja a flora, a fauna.

Na definição dada por Potter (apud SCHRAMM, 2011, p. 305) de bioética:

A bioética, como a entendo, esforçar-se-ia de engendrar uma sabedoria, um saber relativo à maneira de utilizar o saber em prol do bem social, baseada num conhecimento realista da natureza biológica do homem e do mundo biológico.

Assim, a bioética proporciona na RHA, dentre várias outras reflexões, mas principalmente no que diz respeito a este estudo - doação de embriões - pensar sobre esses embriões excedentários, se os mesmos são merecedores de proteção, se são pessoas humanas ou um mero aglomerado material genético, enfim, se houve um indiscriminado uso da Reprodução Humana Assistida em prol do filho tão desejado.

Ressaltamos ainda o estudo de Christina Féo (2010, p. 277), sendo este convergente ao nosso, em que a autora argumenta sobre a sacralização do embrião e a banalização do feto, quando segundo suas palavras: “[...] que algumas legislações preocupam-se em proteger exageradamente o embrião *‘in vitro’* - proibindo qualquer intervenção sobre ele- enquanto o embrião implantado e o feto esquecidos.”

A partir do que nos ensina teóricos como Muñoz e Fortes (1998, p. 53), podemos constatar que a relação que se dá na Reprodução Humana Assistida e mais especificamente a doação de embriões e pode reduzir-se a três tipos de agentes: “[...] o profissional, o paciente e a sociedade. Cada um com um significado moral específico: o primeiro guiado pelo Princípio da Beneficência, o segundo pela Autonomia e o último pelo da Justiça.”

É o que veremos mais adiante acerca da pesquisa de campo: a autonomia e interesse do paciente que precisa decidir acerca do seu embrião excedentário criopreservado, o profissional que trata este sujeito, seu paciente respeitando a sua autonomia de decidir pelo destino de seu embrião e tem como preceito não causar e prevenir danos, procurando “bem” do paciente e a sociedade que, por ventura se beneficiará com os resultados de pesquisa de células-tronco ou o casal que tenha o projeto como metaparental que se beneficiará com a doação do embrião.

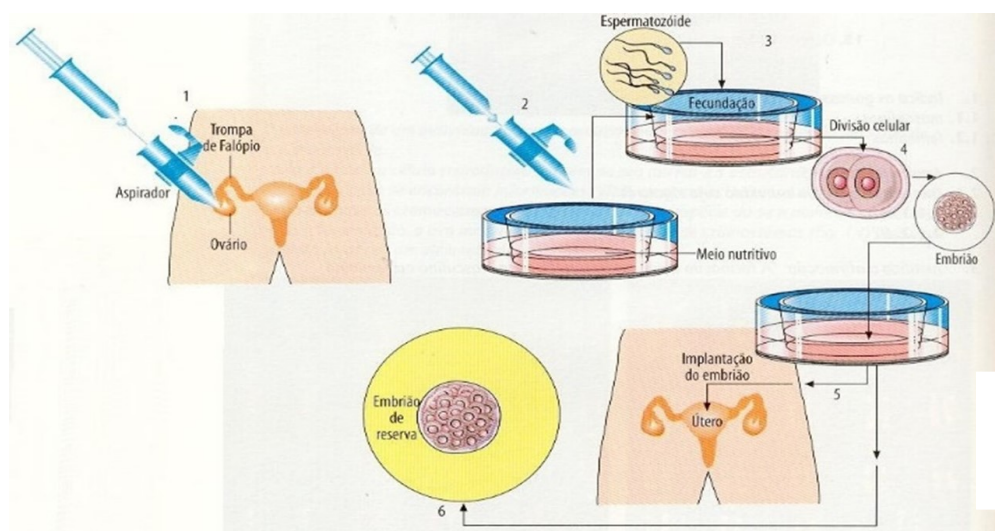
Lembrando que o embrião, como sujeito vulnerável, não pode ser considerado como um meio.

Para tanto, frisemos que pesquisas sobre clonagem de embriões animais tem despertado interesse e ao mesmo tempo apreensão, no diz respeito de sua

transposição para a espécie humana, embora sejam conhecidas as dificuldades para este tipo de experimento.

Todavia, seguiremos à seção 1.2, quando galgaremos para a Reprodução Humana Assistida, tendo em vista a sua conceituação bem como seu histórico brasileiro e mundial.

1.2 Reprodução humana assistida



(FERTILIZAÇÃO..., 2011).

Antes de mais nada, se faz necessário explicitar que a figura posta na abertura desta parte descreve o processo de Fertilização *in vitro* (FIV) representando o procedimento mais utilizado nas Clínicas/Serviços de RHA.

É enfático descrever o percurso que vai se delineando em torno da Reprodução Humana Assistida que culminam em pontos, a nosso ver, primordiais:

- Separação entre sexo e procriação a partir da revolução feminina,
- Conceituação da Reprodução Humana Assistida, cronologia da reprodução humana mundial e seu percurso histórico brasileiro,
- Avanços da ciência que convergem com a Reprodução Humana Assistida: clonagem reprodutiva e Projeto Genoma.
- Direito aos tratamentos reprodutivos, enfatizando o direito de escolher o momento de viver a maternidade.

Para tanto, iniciaremos nosso raciocínio marcando a revolução feminina e as consequências advindas dela.

1.2.1 Separação entre sexo e procriação a partir da revolução feminina

É um dado quase inquestionável que o processo propriamente de separação entre sexo e reprodução teria tido início nos anos de 1960, quando com a revolução feminina e a difusão dos métodos contraceptivos se libera da obrigatoriedade da procriação.

Destarte, o que a medicina oferta é um controle da fecundidade e a liberdade de se viver a sexualidade, produzindo assim novos costumes sociais. Os termos advindos desta junção são controle e liberação.

Da imposição de procriar, à mulher acede ao direito de escolher, o que a faz protagonizar a sua história e o filho, que podia vir como consequência do ato sexual ou fruto do acaso, do risco inevitável que se corria ao se relacionar sexualmente com um homem, agora é uma escolha. Escolha esta que pode ser marcada pela racionalidade, por uma programação mais consciente, confirmando o seu desejo de ser mãe.

Segundo José Eustáquio Diniz Alves (2006, p. 27):

O movimento feminista brasileiro recebeu grande incentivo Internacional quando a organização das Nações Unidas – ONU - decretou o ano de 1975 como Ano Internacional da Mulher e, na década da mulher, organizou três Conferências Internacionais: México (1975), Copenhague (1980) e Nairobi (1985). Os temas específicos de interesses das mulheres ganharam relevância em relação aos temas gerais e as questões de gênero entraram definitivamente na pauta acadêmica e política.

Esta mulher passa ainda a escolher o tempo em que quer engravidar. Esta questão traz como premissa o controle das escolhas e do tempo.

“A sociedade pós-revolução feminista, onde se construiu a ideia de uma sexualidade liberada artificialmente pela contracepção médica dos imperativos da reprodução.” (PERELSON, 2009, p. 822).

No caminho trilhado por ela encontramos uma função social e uma qualificação de sua liberdade, que poderia ser pensado como possibilidade de vivenciar a maternidade conjuntamente à sua maturação emocional e espiritual.

Se por um lado, ela, que antes vivia sob as amarras de um machismo, tinha apenas a função submissa de aguentar o corpo masculino, hoje se apropria ou pelo menos se aproxima mais daquilo que quer, que deseja.

Para tanto, soluções por um lado e problemas por outro. Se por um lado pode-se ter acesso à uma liberdade sexual e ao controle da procriação não antes permitido, agora, problemas como a infertilidade surgiram.

Os tempos atuais permitem à mulher a postergação da maternidade, mas também a “ilusão” de controle de seu próprio corpo, pois o desejo de engravidar para muitas destas mulheres tem surgido num período que coincide com a diminuição acentuada da fecundidade, configurando-se assim, uma dissociação biológico-social. Ressaltemos que a maternidade, de certa maneira continua na dependência da idade biológica da mulher. Cumpre ressaltar, segundo Renata Camargo (2009), que a associação de causas de infertilidade é frequente, principalmente a concomitância de fatores. Seriam estes: fatores masculinos, fatores ovulatórios, fator cervical, corporal, infertilidade sem causa aparente. Ainda que a disseminação de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), a partir da revolução sexual, é algo a ser considerado, pois muitas delas incapacitam os aparelhos reprodutores femininos e masculinos.

Os avanços que representam as Novas Técnicas da Reprodução Humana Assistida (NTRHA), que serão discutidas mais à frente, trazem a dimensão do direito de escolha e aproxima a mulher de um controle maior de seu corpo e tempo.

É preciso salientar que novos tempos vão trazendo outras possibilidades de aproximação do que se deseja, de controle de seu corpo e consequentemente de seu tempo, pois é bom lembrar que uma Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), que permite a uma mulher de 50 anos de idade ser submetida a tratamento às NTRA não lhe garante uma gravidez saudável e com um filho livre de anomalias pertinentes à esta idade, pois como já dito, não há como negar a dissociação psicobiológica inerente a esta questão. É patente o envelhecimento biológico dos óvulos desta mulher. O que fazer com isto?

Muito embora a ciência tenha conquistado no sentido de dar a chance de procriação a quem não era permitida naturalmente, outras questões pertinentes não podem ser sanadas ou não poderiam.

Ao prosperar as técnicas da ciência na RHA algo vai se delineando e considerando o cultural que permeia o que hoje se apresenta na sociedade: uma mulher com idade cronológica de 50 anos e mentalidade de 35, 40 anos e que deseja conscientemente viver a maternidade, pois já acedeu a outras escolhas e se sente preparada para gestar um filho.

Mas, a ciência precisa considerar também a idade imutável de óvulos envelhecidos que tem em sua carga 50 anos de idade.

O que é inovador é a chance de conciliar a idade que esta mulher sente com a possibilidade de congelar e prematuramente programar o congelamento de seus óocitos, conservando a idade deles.

Sendo atualmente a infertilidade humana considerada um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e é importante compreendermos que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários casos de problemas de reprodução humana. Para tanto, a informação traz a possibilidade, em alguns casos, da preservação reprodutiva.

O que parece um desafio talvez seja agora conscientizar esta mulher de que é preciso se pensar neste tipo de programação. Antes até, é preciso a disseminação desta informação: A mulher pode ter em seus óvulos a conservação de uma idade biológica, a sua jovialidade!

Assim, nos dias atuais à mulher é dada a possibilidade de preservação de sua fertilidade, ao congelar seus oócitos e escolher o momento de engravidar, seja por opção ou em razão do acometimento de alguma doença. A esta mulher, a conservação da jovialidade desses seus óvulos ou oócitos e o alargamento do tempo para viver a maternidade, podendo significar também uma maior qualidade nesta fase de sua vida, pois pode-se engravidar aos 45, 50 anos de idade cronológica tendo um óvulo com idade de 30 anos. Há uma significação sociocultural proeminente neste avanço.

Há um novo modo de vida que se vislumbra com esta possibilidade.

A psicanalista francesa Monette Vacquin (apud PERELSON, 2009, p. 829), nos orienta com a seguinte proposição: “O poder de congelar descendentes, de estocá-la, de modificar seus caracteres, nenhuma outra geração anterior à nossa teve.”

Vivemos num tempo em que os avanços tecnológicos andam a passos galopantes nos possibilitando acesso a sofisticções nunca antes pensadas, trazendo além de outros modos de viver, novas configurações familiares.

1.2.2 Conceituação da reprodução humana assistida

A ciência teve que se haver com tal problemática e mesmo compreendendo a historicidade da reprodução humana quando se tem conhecimento com Medeiros e

Verdi (2010), que no século XVIII, já tinha incipientes experimentos no sentido de uma reprodução assistida, foi no século XX, que se viu configurar os avanços irretorquíveis das Novas Técnicas da Reprodução Humana Assistida (NTRHA).

Datam do século XVIII os primeiros relatos de experimentos científicos envolvendo o contato de fluido seminal e óvulo, e as experiências de inseminação artificial se seguem por todo o século XIX, com casos, por exemplo, de inserção de esperma na vagina ou no útero, ou de inseminação bem-sucedida em esposa cujo marido tinha baixa mobilidade dos espermatozoides. (MEDEIROS; VERDI, 2010, p. 3930).

A importância da reprodução humana para a espécie e para a cultura tem servido de fundamento para a investigação e tratamento da infertilidade conjugal o qual tem evoluído muitíssimo nas últimas décadas. O advento da Reprodução Assistida, uma das alternativas para superar o diagnóstico de infertilidade, trouxe um acúmulo de conhecimentos sem precedentes. (ACOSTA, 1998 apud FARINATI, 2015, p. 2).

Entende-se por reprodução assistida todos os tipos de tratamento que incluem a manipulação *in vitro* (no laboratório), em alguma fase do processo, de gametas masculinos (espermatozoides), femininos (oócitos ou óvulos) ou embriões, com o objetivo de se estabelecer uma gravidez.

Os procedimentos podem ser reunidos em dois grupos: rubrica de baixa ou alta complexidade.

A baixa complexidade está representada pela inseminação artificial (IA), na qual espermatozoides são preparados (capacitados) para adquirir maior e melhor motilidade e a seguir ser introduzidos, por um cateter adequado, diretamente no fundo uterino e na cavidade tubária. O encontro dos gametas, assim como a fertilização esperada, irá ocorrer de forma espontânea nas tubas uterinas, e a fecundação se dá dentro do corpo da mulher.

A tecnologia da reprodução assistida de **alta complexidade** - que inclui, mas não se limita à Fertilização *in vitro* (FIV) com transferência de embriões - emprega a FIV e a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), assim como a criopreservação de gametas e embriões, a doação de gametas e embriões, as técnicas de diagnóstico genético, pré-implantação e a cessão temporária de útero. Outros procedimentos, como a Transferência Intratubária de Gametas (GIFT), de zigotos ou embriões recém-fertilizados (ZIF), ou mesmo embriões mais desenvolvidos têm sua prática bastante diminuída nos dias atuais.

Ressaltando que a Fertilização *in vitro* com Transferência de Embriões (FIVET) é uma técnica principalmente utilizada em mulheres que tenham suas duas trompas obstruídas ou ausentes ou porque o homem tenha poucos espermatozoides. Também é utilizada quando a IA e/ou o GIFT falharam. A técnica consiste em processar o sêmen em laboratório, retirar os óvulos da mulher, misturá-los, colocá-los numa incubadora que simula uma trompa, aguardar a fertilização e formação do embrião e posteriormente, 2 a 5 dias após, transferi-los para a cavidade uterina. Nossa experiência com esta técnica tem oferecido chances de 33,3% de gestação por tentativa, chegando a 70 a 80% quando repetida no mínimo três vezes.

Qualquer uma das já referidas técnicas (IA, FIV, FIVET, ICSI) são nomeadas na literatura como as Novas Técnicas da Reprodução Humana Assistida (NTRHA), fazendo parte da evolução da ciência, pois alteram “[...] a condição humana quanto à sua descendência e sentimento de finitude.” (ARENDT, 2000, p. 244).

Particularmente a técnica de Fertilização *in vitro* (FIV) ou “Bebê de Proveta” como é também conhecida pelo fato de a fecundação do óvulo pelo espermatozoide ocorrer fora do corpo, em laboratório, ou seja, *in vitro*.

Basicamente, retira-se um ou mais óvulos da mulher, e neste adicionam-se os espermatozoides do marido ou companheiro. Se houver fertilização, os pré-embriões resultantes entre 48 a 72h são transferidos para o útero com o uso de um cateter, dando início a uma gravidez normal. Mais uma vez, relembramos que este método deu origem ao primeiro Bebê de Proveta do mundo no ano de 1978, na Inglaterra. (JIANG, 2011).

Em 1984, o Brasil e a América Latina conheceram finalmente o primeiro bebê nascido pela técnica da Fertilização *in vitro* (FIV). A criança, Anna Paula Caldeira, nasceu no dia 7 de outubro, em São José dos Pinhais, na região metropolitana de Curitiba (PR). A mãe, Ilza Caldeira, então com 36 anos, sofreu uma infecção denominada peritonite, que a impedia de engravidar. Antes disto, o mundo conhecera Louise Brown, em 1978 advindo pela mesma técnica.

Badalotti (2005) nos lembra que, desde o nascimento de Brown, a técnica teve vários desdobramentos e hoje em muitos países é utilizada doação de material genético, criopreservação de embriões, diagnóstico genético pré-implantacional, doação temporária de útero, sem contar a pesquisa em embriões, que é praticada em pequena escala, e a clonagem reprodutiva.

Destarte, os avanços tecnológicos são tamanho que não podemos deixar de citar alguns que convergem com a temática de estudo desta pesquisa. A clonagem reprodutiva e o mapeamento genético representam significativas mudanças para humanidade trazendo não só esperança para cura de doenças, mas também discussões éticas em torno dos limites da ciência e do mercado em que a ciência está inserida.

Os dois projetos serão aqui descritos, mas não detalhadamente trabalhados por não fazerem parte especificamente da seara da Reprodução Humana Assistida, mas serem apenas convergentes à mesma.

1.2.3 Cronologia da reprodução humana mundial

Para efeito de conhecimento faremos uma cronologia histórica em torno da reprodução humana mundial com dados mais relevantes até o tempo presente, segundo Moura, Souza e Scheffer (2009).

A sequência seria segundo as respectivas cronológicas por séculos:

Século XVIII

1790 - Primeiro relato de nascimento por inseminação artificial com sêmen de marido britânico;

Século XIX

1890 - Primeiro relato de nascimento por inseminação artificial com sêmen doado nos EUA;

1878 - Primeiro relato de tentativas de fertilização de ovos de mamíferos fora do corpo;

Século XX

1940 - O biólogo francês Jean Rostand descobre que o esperma animal pode ser conservado a frio;

1952 – Na Escócia, o médico inglês Robert Edwards faz experiências em fertilização com ratos;

1953 - Nos EUA, tenta-se a primeira inseminação artificial com sêmen congelado;

1959 - Primeiro sucesso em camundongos, nos Estados Unidos;

1959 - Primeiro sucesso em coelhos nos EUA;

1968 – Robert Edwards e Barry Bavister fertilizam o primeiro ovo humano *in vitro*;

1968 – Steptoe e Edwards formam um grupo para trabalhar com FIV;

1971 – Edwards, em colaboração com Steptoe, tenta implantar embriões em mulheres, sem sucesso;

1975 – A dupla Edwards e Steptoe consegue a primeira gravidez, mas ela é tubária;

1978 – Nasce Louise Brown, o primeiro bebê de proveta do mundo, na Inglaterra;

1979 – O médico Robert Graham monta o *The Repository for Germinal Choice*, na Califórnia, a clínica que só utilizava sêmen de superdotados;

1979 – Departamento de Saúde dos EUA aprova FIV e, em princípio, pesquisa com embrião;

1980 – Primeiro bebê de FIV na Austrália e terceiro do mundo, Candice Reed, nasce em Melbourne; o médico Rafael Tejada, dos EUA, desenvolve uma máquina chamada Baby, que detectaria o sexo dos embriões;

1981 – Primeiro bebê de FIV, Elizabeth Carr, nasce em Norfolk, Virgínia;

1984 - Nasce no Brasil do primeiro bebê pela técnica da Fertilização *in vitro* (FIV). A criança, Anna Paula Caldeira, nasceu no dia 7 de outubro, em São José dos Pinhais, na região metropolitana de Curitiba (PR). A mãe, Ilza Caldeira, então com 36 anos, sofreu uma infecção denominada peritonite, que a impedia de engravidar. O Brasil foi pioneiro na América Latina e os próximos cinco a seis anos a utilização desta tecnologia (FIV) expandiu-se rapidamente na Argentina, México, Colômbia e Chile. Pouco é conhecido sobre o número de tentativas e o número de bebês nascidos até 1990;

1984 - Primeiro nascimento de cessão temporária de útero, na Califórnia;

1984 - Nasce primeiro bebê por doação de embrião, em Melbourne;

1984 - Primeiro nascimento pós-transferência de embrião congelado, Zoe Leyland, em Melbourne;

1984 - Casal assassinado deixa dois embriões órfãos em Melbourne;

1984 - Publicado o terceiro relato do Comitê Warnock, na Inglaterra, sobre as técnicas reprodutivas;

1990 - Nasce em Canoas, Rio Grande do Sul, o menino Thiago, filho de Ademir Rodrigues da Silva e Denise Correa da Silva. Loiro e de olhos verdes,

Thiago provoca uma crise em família: seus pais, negros, fizeram IA, porque Ademir Silva era estéril. Antes, pediram que o esperma utilizado fosse de um homem negro e na discussão judicial que se seguiu com o laboratório, Silva tentou o suicídio e Denise foi parar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com hipertensão;

1992 – Relato da primeira gravidez em humanos por ICSI, na Bélgica; o médico americano Cecil Jacobson é condenado por usar o próprio esperma na inseminação de 70 mulheres. Uma siciliana de 62 anos é criticada pelo Vaticano por ter feito inseminação artificial com o esperma do marido morto;

1993 – Nasce em São Bernardo, na Grande São Paulo, as gêmeas Ana Cláudia e Heloísa Perroni, e Samiris e Thamiris Martins, primeiros casos de transporte de embriões, após FIV;

1994 - A enfermeira Neile Gomes Papazian, 52 anos, dá à luz Vivian, no Rio de Janeiro, o primeiro bebê de proveta brasileiro gerado na menopausa;

1996– Chega ao Brasil técnica do amadurecimento de óvulos em laboratório, desenvolvida na Austrália;

1996 – O médico argentino radicado nos EUA, Ricardo Asch, é acusado por 134 casais de ter trocado óvulos durante o tratamento. Ele teria promovido as trocas para substituir óvulos com poucas chances de fertilização, em que filhos nascem sem características maternas;

1996 – A inglesa Edith Jones, 51, gera seu próprio neto. O embrião é formado pelos óvulos da filha Suzanne, 21, estéril, e pelo sêmen do genro, Chris Langston;

1997 – O casal americano Kenny e Bobbi McCaughey, por razões religiosas, leva adiante uma gravidez de séptuplos fertilizados em laboratório;

1998 – Após batalha judicial, a inglesa Diana Blood, engravida do marido Stephen Blood, falecido em 1995. Horas antes da morte dele, Diana determinou a coleta do esperma. A justiça inglesa proíbe a inseminação, que é feita na Bélgica;

1998 – Duas mulheres homoafetivas de Winchester, Inglaterra, desejosas de ter um filho, compram sêmen pela Internet por US\$450.

A partir de 1990, inúmeras sociedades médicas e países estabeleceram diretrizes éticas e legislação, respectivamente, para as tecnologias reprodutivas. A Inglaterra, por exemplo, estabeleceu os limites legais para a reprodução assistida em 1990, com base nas proposições do Warnock Report³² (GOLDIM, 2011).

³² Primeiro marco na discussão bioética na Reprodução Assistida.

Perelson (2009) nos lembra que este relatório além de marco na Reprodução Humana Assistida, servirá de base para os vários outros que se constituirão futuramente em vários países, o embrião humano não pode ser mantido vivo fora do corpo da mulher por período superior a 14 dias de sua existência e a pesquisa realizada além deste limite deve ser considerada crime.

Este relatório propõe ainda que sejam também considerados crimes a colocação de embrião humano no útero de outras espécies e a venda de embriões humanos sem autorização. Além disso, ele indica a necessidade de criação de lei para impedir o direito de propriedade sobre o embrião humano.

1.2.4 Percurso histórico da reprodução humana no Brasil

Segundo Dirceu Henrique Mendes Pereira (2011, p. 60), no Brasil a Reprodução Humana Assistida foi iniciada com a fundação da Sociedade Brasileira de Esterilidade (SBE) em 1947, no Rio de Janeiro, tendo como objetivo primordial “Ocupar-se das questões científicas e sociais referentes à esterilidade, à prevenção e sequela de abortos, à anticoncepção e à assistência à maternidade sob todos os aspectos.”

Cita ainda o autor que o primeiro estatuto foi aprovado em 30 de abril de 1948, ou seja, quatro meses depois, tendo também como propósito de:

[...] estimular o estudo da esterilidade entre os especialistas nacionais e incentivar a criação de clínicas nos hospitais e serviços. E somente em 1996, teria surgido a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA). (PEREIRA, 2011, p. 60).

Segundo Alves (2006, p. 29), nos anos 70 do século XX, a “saúde da mulher” surgiu “[...] como uma estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas políticas, o lema feminista da década de 70: ‘Nosso corpo nos pertence’.”

Concomitantemente, o Ministério da Saúde lançou, em 1977, o Programa de Saúde Materno-Infantil, que contemplava a prevenção da gestação de alto risco. Mas o movimento feminista questionou o enfoque limitado deste programa e a concepção estreita de considerar a saúde da mulher apenas em seu papel materno, salienta Alves (2006).

Com o avanço das conquistas feministas e o processo de democratização, a questão do planejamento familiar passou a ser defendida dentro do contexto da saúde integral da mulher.

O resultado foi o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, que concebia a questão da saúde da mulher de forma integral, não se detendo exclusivamente nas questões de concepção e contracepção. O PAISM se propunha a atender a saúde da mulher durante seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação, dando atenção a todos os aspectos de sua saúde, incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento para infertilidade, atenção pré-natal, no parto e pós-parto, diagnóstico e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), assim como de doenças ocupacionais e mentais.

Evidentemente, o Brasil se beneficiou dos avanços ocorridos no âmbito internacional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde, em 1948, da seguinte forma: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.” (OMS, 1946). Esta definição representa um avanço, para a época, mas este conceito não incorpora as questões do meio ambiente, como na definição de Galvão (1999, p. 167):

A habilidade de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e de mudar ou interagir com o meio ambiente. Logo, saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas.

No contexto do início dos anos 80 do século XX, a noção “saúde integral da mulher” foi o conceito utilizado para articular os aspectos relacionados à reprodução biológica e social, dentro dos marcos da cidadania.

A discussão sobre saúde da mulher e saúde integral da mulher, tanto no Brasil, quanto no mundo, evoluiu para o conceito de “saúde reprodutiva”, o qual foi adotado pela OMS, em 1988.

Averiguamos a partir do que nos ensina Dirceu Henrique Mendes Pereira (2011) que a década de 1980 do século XX representou grande efervescência na área da RHA.

Milton Nakamura, influenciado pelo êxito de Steptoe e Edwards, com o nascimento do primeiro bebê de proveta na Inglaterra, em 1978, iniciou uma corrida obstinada para conseguir a mesma proeza no país. Após vários contatos com Steptoe, exímio laparoscopista, decidiu conectar-se com uma equipe australiana, comandada por Carl Wood, da Universidade Melbourne (Austrália). Após selecionar 10 mulheres portadoras de lesão tubária, realizou uma série de

fertilizações *in vitro* no Hospital Santa Catarina, em São Paulo, com cobertura midiática da Rede Globo³³. Milton Nakamura, via laparoscópica, realizou a coleta dos óvulos, enquanto Alan Trouson e Luca Giannaroli³⁴ [...] procederam a monitorização da estimulação ovariana e a Fertilização extracorpórea. (PEREIRA, 2011, p. 65).

Reitera Pereira (2011) que uma das pacientes faleceu em decorrência de acidente anestésico e por esta razão, houve uma paralisação pelo período de 02 anos das iniciativas para a continuidade deste programa. Dr. Nakamura reiniciou em 1983 com a mesma equipe australiana seu trabalho, tendo agora êxito.

Assim, em 1984 nasce o primeiro bebê advindo da técnica de Fertilização *in vitro* no Brasil, como já citado anteriormente, Anna Paula Caldeira.

Nesta mesma década e no início da seguinte, ou seja, anos 90 do século XX, o Brasil estava vivenciando a criação de clínicas de Reprodução Humana Assistida em cidades como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Recife e Curitiba.

Mormente, sabemos que muitos países já contam com uma legislação específica para a Reprodução Humana Assistida, o que não é realidade no Brasil. Atualmente o que este país dispõe é tão somente da Lei de Biossegurança (Lei nº. 11.105, de 25 de março de 2005), lei que contempla a discussão da engenharia genética e que tenta regulamentar duas polêmicas de uma só vez, a produção e comercialização de organismos geneticamente modificados (OGM) e a pesquisa com células-tronco. Sendo assim, contempla em um de seus artigos, mais especificamente no 5º, o uso de pré-embriões para a pesquisa científica.

Art. 5º É permitida, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por Fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento, atendidas as seguintes condições:

I - sejam embriões inviáveis; ou

II - sejam embriões congelados há 3 (três) anos ou mais, na data da publicação desta Lei, ou que, já congelados na data da publicação desta Lei, depois de completarem 3 (três) anos, contados a partir da data de congelamento.

§ 1º Em qualquer caso, é necessário o consentimento dos genitores.

§ 2º Instituições de pesquisa e serviços de saúde que realizem pesquisa ou terapia com células-tronco embrionárias humanas deverão submeter seus projetos à apreciação e aprovação dos respectivos comitês de ética em pesquisa.

³³ Rede de televisão brasileira com sede na cidade do Rio de Janeiro.

³⁴ Especialistas na área de Reprodução Humana Assistida.

§ 3º É vedada a comercialização do material biológico a que se refere este artigo e sua prática implica o crime tipificado no art. 15 da Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. (BRASIL, 2005a).

No Brasil, até a presente data não há legislação específica a respeito da Reprodução Assistida. Transitam no Congresso Nacional, há anos, projetos a respeito do assunto, mas nenhum deles chegou a termo. Poderíamos citá-los: **Projetos de Lei nº 2.855/1997** (Dispõe sobre a utilização de técnicas de reprodução humana assistida e dá outras providências) (MOURA, 1997), **nº 1.184/2003** (Define normas para realização de inseminação artificial e fertilização "in vitro"; proibindo a gestação de substituição (barriga de aluguel) e os experimentos de clonagem radical) (ALCÂNTARA, 2003), **nº 2.061/2003** (Disciplina o uso de técnicas de Reprodução Humana Assistida como um dos componentes auxiliares no processo de procriação, em serviços de saúde, estabelece penalidades e dá outras providências) e **nº 120/2003** (Investigação de Paternidade de Pessoas nascidas de Reprodução Humana Assistida- Permite à pessoa nascida de técnica de reprodução assistida saber a identidade de seu pai ou mãe biológicos; alterando a Lei nº 8.560, de 29 de dezembro de 1992).

Considerando as dificuldades relativas ao assunto, o Conselho Federal de Medicina produziu uma resolução – Resolução CFM nº. 1.358/92 – orientadora dos médicos quanto às condutas a serem adotadas diante dos problemas decorrentes da prática da reprodução assistida, normatizando as condutas éticas a serem obedecidas no exercício das técnicas de reprodução assistida. Esta resolução mostrou-se satisfatória e eficaz, balizando o controle dos processos de fertilização assistida.

Porém, dezoito anos após, considerando os avanços técnico-científicos e modificações de condutas éticas por parte da sociedade, o Conselho Federal de Medicina decidiu, junto com representantes da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, sob a coordenação do Conselheiro Federal José Hiran da Silva Gallo, revisar a resolução em comento, adaptando-a à evolução tecnológica e modificações de comportamento social.

Atualizações a esta, foram realizadas nas resoluções que se seguiram e publicadas respectivamente nos anos de 2010, 2013, 2015 (ANEXOS A, B, C, D e E).

Também a Lei nº. 8.974/95, que dispõe sobre engenharia genética, veda no artigo 12 a manipulação das células germinais humanas, exceção feita em caso de fins terapêuticos que visam beneficiar o futuro indivíduo (BRAUNER, 2003).

Patente a importância da publicação em 4 de fevereiro de 2015, da Resolução nº. 2.116/2015 do Conselho Federal de Medicina que reconhece a Reprodução Assistida como área de atuação, vinculada à especialidade Ginecologia e Obstetrícia (CFM, 2015a).

Da década de 1990 até a presente data, muitas alterações ocorreram no cenário, ao qual estamos estudando. Algumas são positivas como pode-se observar há pouco como o reconhecimento da Reprodução Assistida como área de atuação, enquanto outras, nos surpreendem com a capacidade inexplicável do ser humano em se movimentar frente aos espaços da ciência de última geração, entre elas, a RHA.

Para efeito de elucidação sobre esses acontecimentos relataremos agora um episódio de denúncia ocorrido no Brasil, o que problematiza a questão da mercantilização e a ineficácia da fiscalização das clínicas de Reprodução Humana Assistida neste país.

E dentro deste contexto instaura-se mais um desafio ético posto à comunidade do tempo presente.

A reportagem do jornal O Globo³⁵ problematiza a questão da mercantilização das Clínicas de Reprodução Assistida no Brasil, quando denuncia quão lucrativo se tornou este mercado, tendo em vista que um ciclo gira em torno de R\$20.000,00 e da falta de eficácia da regulamentação e fiscalização realizada pela Agência Reguladora, Anvisa, através de seu Banco de Dados, SisEmbryo (GLOBO, 2012).

Enfatizamos ainda com a informação de que o banco de dados da Anvisa é o único cadastro nacionalizado dessas clínicas, cuja certificação e fiscalização cabem aos Estados. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desconhece a quantidade de clínicas operando. A estimativa de 200 no ano de 2012 é da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH). Informações estas advindas da mesma matéria (GLOBO, 2012).

Na íntegra, o fragmento do texto desta reportagem:

De um total estimado de 200 clínicas que oferecem serviços de inseminação artificial e Fertilização *in vitro*, apenas 78 cumpriram a

³⁵ O Globo é um jornal diário de notícias brasileiro, fundado em 29 de julho de 1925 e sediado no Rio de Janeiro.

resolução da agência que as obriga a dar informações, chamada Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 23. (GLOBO, 2012).

Ao nos impactarmos com tais denúncias desveladas pela mídia, lembramos da indagação de Forrester (1997), é preciso “merecer” viver para ter esse direito? e de seus ensinamentos que nos orienta a que não sejamos ingênuos quanto ao que interessa numa sociedade democrática.

Desse sistema emerge, entretanto, uma pergunta essencial, jamais formulada: ‘É preciso ‘merecer’ viver para ter esse direito? Uma ínfima minoria, já excepcionalmente munida de poderes, de propriedades e de privilégios considerados implícitos, detém de ofício esse direito. Quanto ao resto da humanidade, para ‘merecer’ viver, deve mostrar-se ‘útil’ à sociedade, pelo menos àquela parte que a administra e a domina: a economia, mais do que nunca confundida com o comércio, ou seja, a economia de mercado. ‘Útil, aqui, significa quase sempre ‘rentável’, isto é, lucrativo ao lucro’. (FORRESTER, 1997, p. 13).

Como se não bastasse a esta denúncia seguiu-se a outra de pior teor. Para nosso assombro, vivemos no Brasil, a comoção da notícia em agosto de 2014 de um médico especialista na área de RHA, até então, renomado internacionalmente, Roger Abdelmassih, de uma Clínica São Paulo (SP) ser condenado à prisão por manipulação de material genético e estupro de suas pacientes.

Para tanto, a matéria que data de 25 de junho de 2016, do Jornal O Globo na íntegra:

O ex-médico Roger Abdelmassih, de 72 anos, condenado a 181 anos de prisão por estupro de pacientes foi indiciado pela suspeita de ter cometido mais crimes de estupro e de manipulação genética irregular contra mais 37 pacientes, entre 1990 a 2008.

[...].

As condenações foram por crimes cometidos entre 1995 e 2008. Agora, o período abrange cinco anos a mais e é iniciado em 1990. Somando os novos casos às condenações, o total de vítimas chega a 74. Muitas pacientes só apresentaram queixas contra ele depois que o médico foi indiciado pela primeira vez.

Em 2011, quando o habeas corpus foi revogado, ele não se apresentou e passou a ser considerado foragido. Foi achado em 2014, pela Polícia Federal, morando no Paraguai, e trazido para o Brasil.

[...].

Neste novo inquérito, as vítimas acusam Abdelmassih de abuso sexual e irregularidades médicas. Algumas afirmam ter sido beijadas e acariciadas à força pelo médico o que, pela lei, é considerado estupro. Ao ser interrogado por carta precatória no início do ano sobre os casos, o médico se reservou ao direito de permanecer calado. (BORGES, 2016).

A pergunta cabível acerca de uma notícia tão estarrecedora é do jornalista e autor da matéria de 2012, quando ainda não havia novo inquérito: “Tal crime cometido pelo ex-médico seria dificultado ou até mesmo impedido se houvesse controle e fiscalização das Clínicas de RHA?” (GLOBO, 2012).

As palavras do especialista em bioética e acadêmico da Universidade de Brasília (UnB), Volney Garrafa na matéria acima citada, finalizam uma ideia que faz ecoar toda a disciplina da Reprodução Humana Assistida. “A reprodução assistida representa um dos ‘grandes conflitos éticos e precisa ter um controle público e social.’” (GLOBO, 2012).

Atrevemo-nos à discordância desta opinião de Garrafa, porque para nós, controle e Ética não combinam, pois, a Ética é um modo de ser, assim é cultural, é histórica, é educativa, é processo, é dinâmica.

Para o fim a que se deve a bioética, como ética das ciências da saúde, a transparência, e não o controle público e social, alicerça o trabalho realizado nas Clínicas de Reprodução Humana, pois traz confiabilidade. Contudo, é necessário que sejam trazidas ao público informações que dizem respeito não só à produção de embriões, mas a outros aspectos que relevantes a esta temática.

As palavras de Viviane Forrester (1997, p. 7), reiteram um pensamento e expressam uma opinião que ecoa em indignação e questionamento: “Vivemos em meio a um engodo magistral, um mundo desaparecido que teimamos em não reconhecer com tal e que certas políticas artificiais pretendem perpetuar.”

O que fazer diante disto? Vigiar e punir, foram ideias analisadas pelo filósofo Michel Foucault, como mecanismos sociais e teóricos que motivaram as grandes mudanças que se produziram nos sistemas penais ocidentais durante a era moderna.

Vigilância, entendida como controle e punição como nos ensinou este pensador se encontram em várias entidades estatais (hospitais, prisões e escolas) em tempos atuais, mas que deve ser rechaçada por nós, sendo que acreditamos e lutamos por uma sociedade mais digna e humana, como já dito.

Às denúncias há pouco mencionadas, é bom que se lembre sempre que, nem todas as clínicas e serviços de RHA tem a mesma postura ética. É legítimo que muitas dessas clínicas e serviços se comprometem com a ética e com o paciente visando a um tratamento digno e humanitário.

A humanidade e dignidade precisam prevalecer mesmo numa modernidade líquida.³⁶ É possível que prevaleça uma ciência mais humana, pois lembremos que ela é feita, antes de mais nada de Homens e que deve servir às necessidades e anseios de homens e não do mercado.

E frente a esta realidade que se desenha, abre-se novas formas de ser e estar para a humanidade, ou seja, vislumbra-se novos desafios éticos para a humanidade.

1.3 Doação de embriões



Fonte: Huxley, 2015.

Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.
(CORALINA, 2016)³⁷.

Explicitemos que a figura que antecede esta Parte é também relativa ao Livro Admirável Mundo Novo (1932) de Aldous Huxley e foi escolhida representando os embriões soltos, sendo então destinados a outrem: Pesquisa ou outro casal.

Para versarmos sobre a problemática da doação de embriões, é preciso que prioritariamente desmembramos significados e significações do procedimento da doação de embriões, pois o ignoramos como mero procedimento biológico. Tampouco, dialogamos e refletimos sobre suas acepções.

³⁶ Termo cunhado por Zygmunt Bauman (2001), e que significa captar a natureza da presente fase, nova de muitas maneiras, na história da modernidade.

³⁷ A poesia de Cora Coralina foi escolhida por esta pesquisadora ao se pensar sobre um dos Princípios que rege a Bioética, o Princípio da Autonomia, que tem como pilares: a informação, a compreensão e a voluntariedade. Só com os 03 pilares seria, de fato respeitado este Princípio.

No trabalho de pesquisa bibliográfica na área da doação de embriões, constatamos escassez de pesquisas, tendo como foco a decisão do seu destino, ressaltando o âmbito emocional, o que não é mérito no Brasil.

Goedeke e Payne (2009) ratificam esta mesma escassez, particularmente no contexto da Nova Zelândia e Austrália, o que os fizeram trabalhar em uma pesquisa explorando as perspectivas de doadores e receptores para doação de embrião.

Daquilo que a etimologia traz à luz como explicação a partir das ciências biológicas do procedimento de doar embriões até chegar às contribuições psicanalíticas e antropológicas, vamos sendo incitados a pensar na representação simbólica do ato de DOAR e no embrião propriamente dito, e porque não dizer, nos fundamentos da sociabilidade contemporânea, isto é, a lógica que rege os laços sociais que se encontram em sua base.

Para nós, enquanto pesquisadores das Ciências Sociais Aplicadas é inegável a afirmação de que a filiação é uma construção social e psíquica e jamais um mero fato genético. Para tanto, é então necessária além das disciplinas da medicina, biologia, também a Psicologia, Psicanálise, Antropologia para tentar empreender o que seria a doação de embriões.

Segue respectivamente tais explicações:

“Doação” vem do latim DONATIO (não DONATIONE), “ato de dar”, de Donare, “dar presentear”, de DONUM, “presente, dom”.

Assim a tradução é literal. Sua ligação é com os outros derivados de DONARE, como “doável”, dote, perdoar, editar, “dádiva” e pulhas de outros. (ORIGEM DA PALAVRA, 2011).

O conceito de “dádiva”, a partir da Antropologia de Mauss³⁸ visa ainda corroborar com maiores explicações:

Segundo a psicanalista Deláisi, que estuda Reprodução Humana Assistida e se apropriou deste conceito antropológico, a “dádiva” seria um ato voluntário, livre e gratuito na “doação de embriões”.

A dádiva é um ato que implica tripla necessidade: dar, receber e retribuir. Antes regidas pelo princípio da rivalidade que pelo da generosidade, as dádivas objetivam, sobretudo, colocar o donatário na situação de impossibilidade de retribuir à altura o presente; na

³⁸ Marcel Mauss, sociólogo e importante antropólogo francês, ficou conhecido como pai da Antropologia. Escreveu dentre vários livros “Ensaio sobre a dádiva”.

situação, portanto, de dívida. (DELAISI apud PERELSON; FORTES, 2015, p. 17).

Embrião, sob o ponto de vista biológico e segundo o Glossário da *Rede Latinoamericana de Reproducción Asistida* (REDLARA)³⁹ é produto da divisão do zigoto⁴⁰ ao fim do estágio embrionário, 08 semanas após a fertilização. (Esta definição não inclui tanto produtos derivados de partenogênese,⁴¹ quanto produtos da transferência de células somáticas nucleares).

A nossa intenção em escolher tal etimologia deve-se ao fato do embrião ser antes de mais nada, um produto biológico.

Para esta pesquisa é mister dizer que o embrião embora seja definido pelas Ciências Biológicas como resultado da junção de gametas: espermatozoide e óvulo, pode ter uma definição axiológica, tendo em vista quem a define.

Isto posto, fica evidente que ao casal doador, “dar”, “presentear” a outrem desejoso de ser pai/mãe ou até mesmo à ciência seu embrião para a Pesquisa pode significar bem mais do que a simples junção de espermatozoide e óvulo.

O que se instaura à nossa desconfiança é de que há um sentimento envolvido nesta significação e por esta razão uma simples terminologia não abarca a complexidade mais sofisticada que poderia advir da Biologia. O desafio é diferenciar o significado que existe para cada um, seja para o casal ou para a Equipe Técnico-administrativa.

Importante ainda dizer que, tal terminologia biológica é abalizado pelos sujeitos desta pesquisa (Equipe Técnico-administrativa) e rechaçado pelos casais que são desafiados a pensarem acerca da doação de seus embriões. Mais à frente, discutiremos como cada um destes entende e compreende o material genético, definição patenteada pela Biologia.

Assim, vemos pontos de vista que se desencontram e só analisando em profundidade é possível a compreensão de tal problemática.

³⁹ “A Rede Latinoamericana de Reprodução Assistida (REDLARA) é uma instituição científica e educacional, que agrupa mais de 90% dos centros que realizam técnicas de reprodução assistida na América Latina. REDLARA foi estabelecida em 1995, com 50 centros, e conta hoje com um total de 184 centros; possui o *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida* (RLA), que cataloga anualmente todos os resultados das técnicas de reprodução assistida reportados por estes centros. Com o intuito de promover especialização à comunidade científica, a RED oferece o Programa de Educação Continuada, composto por congressos anuais, e o Programa de Educação Continuada Online – PEC Online, composto por cursos de atualização online.” (REDLARA, [2016c]).

⁴⁰ Zigoto: célula diplóide resultante da Fertilização de um oócito (óvulo) por um espermatozoide, que subsequentemente se divide para formar um embrião

⁴¹ Partenogênese, refere-se ao crescimento e desenvolvimento de um embrião sem fertilização.

O termo **doação de embriões**, segundo o glossário já referido, designaria a transferência de um ou mais embriões, resultantes de gametas (espermatozoides e óocitos), que não são originários da receptora ou de seu marido/parceiro.

De forma didática e linear cumpre dizer o que ocorre até se chegar na doação de embriões propriamente dita.

Ressaltemos que no protocolo de qualquer Clínica ou Serviço de Reprodução Humana é necessário que o casal, após o procedimento de Fertilização *in vitro* (FIV), passe particularmente a uma etapa decisória, em que ele é submetido ao cálculo à racionalidade mercante é exposta de forma especialmente clara. Trata-se do momento em que os pacientes se veem na obrigação de decidir, em geral através de um documento de consentimento informado, TCLE, se concordam ou não com o congelamento ou criopreservação dos embriões chamados de excedentes ou supranumerários.

Para tanto, há de se esclarecer a que se deve este **procedimento de criopreservação de embriões**.

Seria este procedimento conceituado, segundo o Glossário da REDLARA como: congelamento ou vitrificação e estocagem de gametas, zigotos, embriões ou tecido gonadal.⁴²

A fim de complementação da explanação, vejamos o que este Glossário-REDLARA - traz como histórico deste procedimento:

A micromanipulação de gametas e embriões não é um conceito novo, várias técnicas há quase um século têm sido empregadas em invertebrados e outros animais. Em 1914, Kite realizou a primeira tentativa de injeção de espermatozoides no citoplasma de óocitos de peixe estrela. Em 1962, Hiramoto microinjetou espermatozoides de ouriço do mar em óocitos homólogos, desde então vários procedimentos de micromanipulação têm sido praticados com gametas e embriões de mamíferos, como as dissecções da zona pelúcida (ZP), inserções de espermatozoides em vários compartimentos do óocito, remoção e transplante de pronúcleos e blastômeros. Em 1976, Uehara e Yanagimachi demonstraram que óocitos de hamster não fertilizados injetados com núcleo de espermatozoides isolados eram capazes de se ativar e formar pronúcleo feminino e masculino. A injeção de espermatozoides em óocitos de mamíferos foi repetida por outros pesquisadores (Uehara e Yanagimachi, 1977; Thandani, 1980; Markert, 1983; Lanzendorf⁴³ e cols., 1988a) os quais demonstraram que este procedimento não

⁴² Tecido que reveste tanto às glândulas sexuais masculinas como femininas.

⁴³ Segundo a REDLARA, estes são importantes pesquisadores pioneiros na área da Reprodução Assistida.

prejudicava a capacidade funcional e o desenvolvimento dos oócitos. Com a introdução das técnicas de Fertilização *in vitro* (FIV) e cultivo de embriões humanos, aumentou o interesse por estes procedimentos e o seu uso tornou-se rotineiro nos centros de infertilidade. (REDLARA, [2015]).

Ainda a título de explicação do procedimento, é bom que se esclare que a criopreservação de embriões é uma:

[...] técnica que consiste basicamente, em revestir o pré-embrião de 1 (um) a 3 (três) dias por uma substância crioprotetora (glicerol⁴⁴) que o protegerá dos efeitos do congelamento e colocá-lo em um botijão de nitrogênio líquido a uma temperatura de – 196° C. (OLIVEIRA, 2006, p. 157).

É essencial dizer acerca desta técnica:

Em 1983, Trounson e Mohr obtiveram uma gestação clínica após criopreservarem pela primeira vez embriões humanos usando uma variação deste método. Em seguida, diversos grupos relataram a eficácia desta metodologia (Zeilmaker e cols., 1984; Mohr e cols., 1985; Trounson, 1986). Habitualmente, quando um líquido está sendo congelado, a temperatura poderá cair abaixo de 0° C, neste momento o gelo é formado e a temperatura retorna a 0° C, até que o líquido seja totalmente congelado. Nesse processo em que a temperatura do líquido pode ser reduzida abaixo do ponto de congelamento sem a solidificação do líquido, ocorre uma liberação do calor de fusão necessário para formar a estrutura molecular da água sólida. (REDLARA, [2016b]).

Lembrando Oliveira (2006), aproximadamente um terço das pacientes que se submetem à técnica de Fertilização *in vitro* (FIV), produzem embriões excedentes, os quais geralmente são criopreservados. Sendo o objetivo deste procedimento possibilitar a transferência destes embriões posteriormente, caso não ocorra gravidez ou quando houver desejo de outra, sem submeter à mulher a novo ciclo de indução da ovulação.

Ao iniciar um tratamento é convocado a pensar acerca da produção de embriões excedentes e o seu posterior congelamento.

Ressaltando ainda que esta produção excessiva é também pensada em termos de Custo-benefício, por ser um tratamento considerado caro, em torno de

⁴⁴ Glicerol ou propanotriol é um composto orgânico pertencente à função álcool. É líquido à temperatura ambiente (25°C), higroscópico, inodoro, viscoso e de sabor adocicado. O nome origina-se da palavra grega *glykos* (γλυκός), que significa doce. O termo Glicerina refere-se ao produto na forma comercial, com pureza acima de 95%.

R\$20.000,00 cada ciclo de Fertilização *in vitro* (FIV) há possibilidade de transferência posterior para o mesmo casal, caso não tenha havido êxito na primeira tentativa ou ainda a possibilidade de outros filhos advirem. Assim havendo a reserva de embriões criopreservados, não é necessário que todo o processo de tratamento inicial seja realizado novamente. Isto reduz não só os custos do tratamento, como também aumentam as chances de transferir um número maior de embriões para o útero. Note-se que este número varia de acordo com as normas vigentes do Conselho Federal de Medicina, quando à frente serão discutidas.

No que diz respeito ao controle da produção de embriões, lembremos que no Brasil contamos com um Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), uma ferramenta criada pela ANVISA, que possibilita a esta agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil, fiscalizar e analisar alguns dados importantes sobre as clínicas de Reprodução Humana no Brasil.

Anualmente os dados são submetidos neste sistema por cada Clínica de Reprodução Humana, possibilitando assim, à ANVISA conhecer, entre outras coisas, o número total de embriões produzidos, o número de embriões doados para pesquisa com células tronco, além de várias taxas laboratoriais que podem ser usadas como indicadores de qualidade das clínicas, verificando se estão todas dentro do padrão nacional.

Todas estas clínicas no Brasil devem obrigatoriamente ser cadastradas nesse sistema e atualizar anualmente seus dados ao SISEMBRIO. Caso contrário, os Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTGs), mais conhecidos como as Clínicas de Reprodução Humana Assistida (RHA) incorrerão em infração sanitária, sujeitos às penalidades previstas na Lei nº. 6. 437, de 20 de agosto de 1977 (BRASIL, 1977).

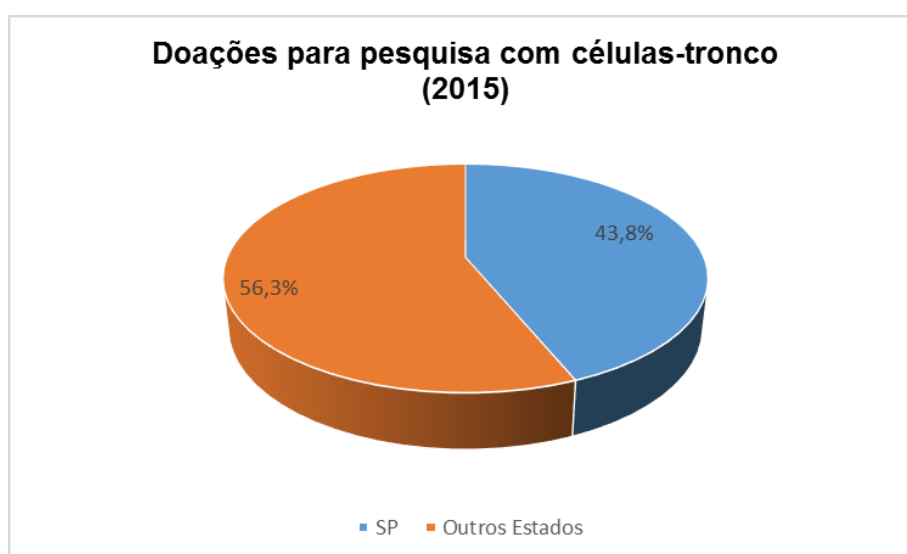
Esta ferramenta foi criada pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) - Anvisa RDC nº. 29, de 12 de maio de 2008, e atualizado pela RDC nº. 23 de 2011(ANEXO F), com os seguintes objetivos:

- Conhecer o número de embriões humanos produzidos pelas técnicas de Fertilização *in vitro* que estão criopreservados (congelados) nos bancos de células e tecidos germinativos, mais conhecidos como clínicas de Reprodução Humana Assistida;

- Atualizar as informações sobre embriões doados para pesquisas com células-tronco embrionárias, conforme demanda da Lei nº. 11.105/2005 (Lei de Biossegurança) e Decreto nº. 5.591/2005 (BRASIL, 2005b);
- Divulgar informações relacionadas à produção de células e tecidos germinativos (oócitos e embriões) no Brasil, como: número de ciclos de Fertilização *in vitro* realizados, número de oócitos produzidos, número de oócitos inseminados, número de oócitos com 2 pronúcleos, número de embriões clivados, número de embriões transferidos, bem como o número de embriões descartados por ausência de viabilidade;
- Divulgação de indicadores de qualidade dos Bancos, com o objetivo de promover a melhoria contínua do controle de qualidade dos Bancos, auxiliar os inspetores sanitários a avaliar/inspecionar os Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTGs), bem como a população a ter acesso aos indicadores de qualidade dos serviços.

De acordo com as informações contidas no 9º Relatório Nacional de Produção de Embriões (referente aos dados do ano de 2015), último dos 9 Relatórios, “[...] desde a aprovação da Lei de Biossegurança nº. 11.105/2005, foram doados 1.158 embriões para a realização de pesquisas com células-tronco embrionárias no Brasil.” (ANVISA, 2016).

Gráfico 1 - Doações para pesquisa com células-tronco (2015)



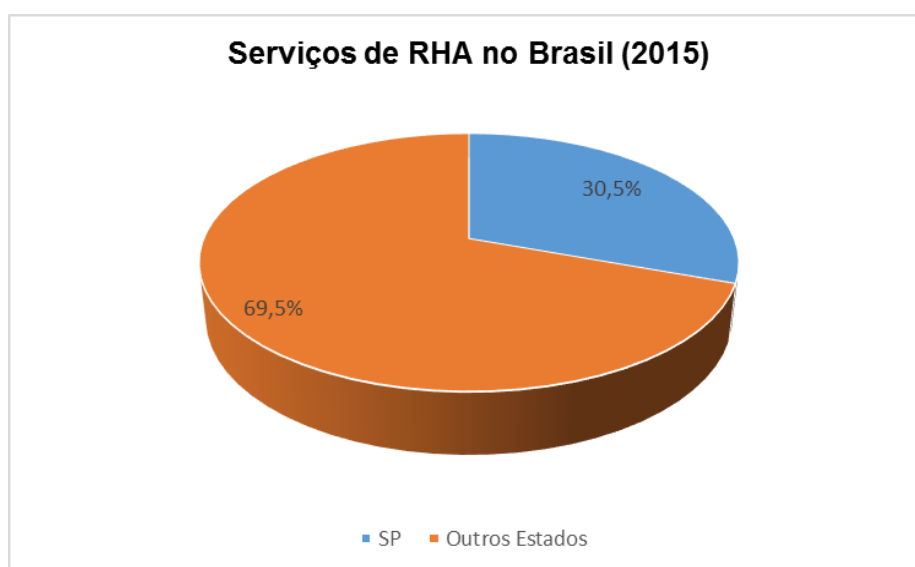
Fonte: Elaborado por Cynthia Machado, adaptado do 9 Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio (ANVISA, 2016).

Segundo a atualização do referido Relatório em 18 de fevereiro de 2016, o SisEmbrio recebeu dados de 141 (cento e quarenta e um) BCTGs ou Clínicas/Serviços de RHA referentes à produção de embriões do ano de 2015.

Das informações obtidas neste relatório, é possível averiguar que atualmente no Brasil, há 141 Clínicas/Serviços de Reprodução Humana Assistida cadastrados no Brasil e 43, no Estado de São Paulo. Lembrando que por ventura pode haver outros Serviços não cadastrados, o que os caracterizaria na condição de ilegalidade, estando elas sujeitas à notificação e sujeitas a penalidades previstas na Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Assim, constatamos a preponderância do Estado de São Paulo nos procedimentos da Reprodução Humana Assistida no Brasil, como pode ser constatado no gráfico abaixo, 69,5% das Clínicas constam no Estado de São Paulo para 30,5% no resto do país.

Gráfico 2 – Serviços de RHA no Brasil (2015)



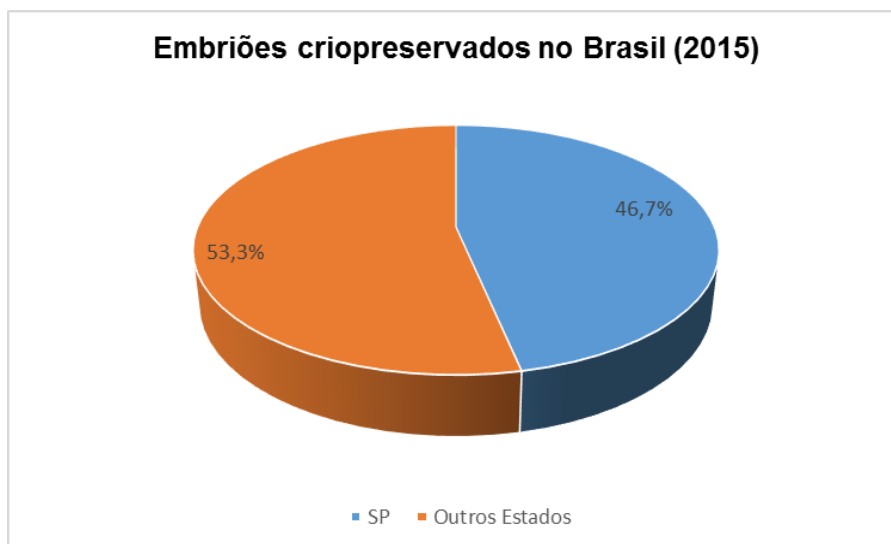
Fonte: Elaborado por Cynthia Machado, adaptado do 9 Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio (ANVISA, 2016).

No 8º Relatório do SisEmbrio é possível ler ao seu final, uma nota explicativa de que houve acréscimo no cadastramento de Clínicas de RHA após consolidação do processo de notificação aos Bancos que não enviaram sua produção à ANVISA.

Ainda em relação aos dados que constam no 9º Relatório, averiguamos que, quanto ao **congelamento ou criopreservação de embriões**, há 67.359 embriões

criopreservados no **Brasil** para 31.434 no **Estado de São Paulo**. Este número total equivale a 53,3% de embriões no Brasil para 46,7% no Estado de São Paulo.

Gráfico 3 – Embriões criopreservados no Brasil (2015)



Fonte: Elaborado por Cynthia Machado, adaptado do 9 Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio (ANVISA, 2016).

Quanto à **doação de embriões**, foram doados 48 embriões para pesquisa de células-tronco embrionárias no **Brasil** e, 21 embriões para o mesmo fim no **Estado de São Paulo**.

Os dados em relação aos itens: **descarte e transferência de embriões** revelam que:

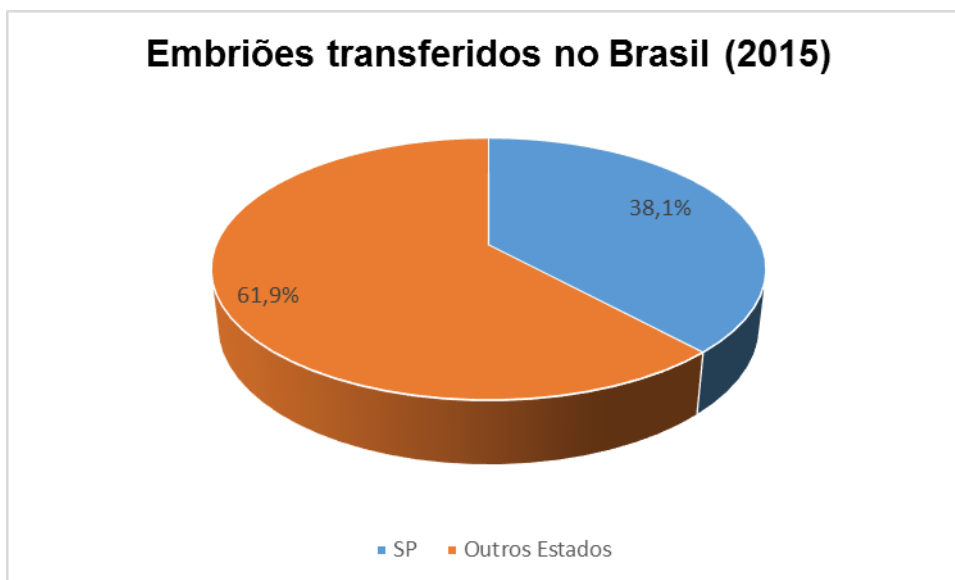
Quando analisamos os dados dos 02 últimos Relatórios do SisEmbrio/ANVISA (8º que tem por base dados de 2007 a 2014 e o 9º que refere-se ao ano de 2015), **nos é possível aferir não haver nenhum registro quanto à doação de embriões para outros casais**.

Sabemos que o objetivo inicial da ANVISA, com a implantação do SisEmbrio era contribuir para a esclarecimento do número de embriões excedentes criopreservados que resultavam dos procedimentos de Fertilização *in vitro*. Mais tarde, foram sendo acrescentados dados indicadores de qualidade, mas certamente não contempla todos os aspectos envolvidos no procedimento.

Ressaltando ainda que alguns dados são mantidos sigilosamente nas clínicas de RHA, sendo disponibilizados apenas quando solicitados por órgãos competentes, como constam das resoluções e normativas.

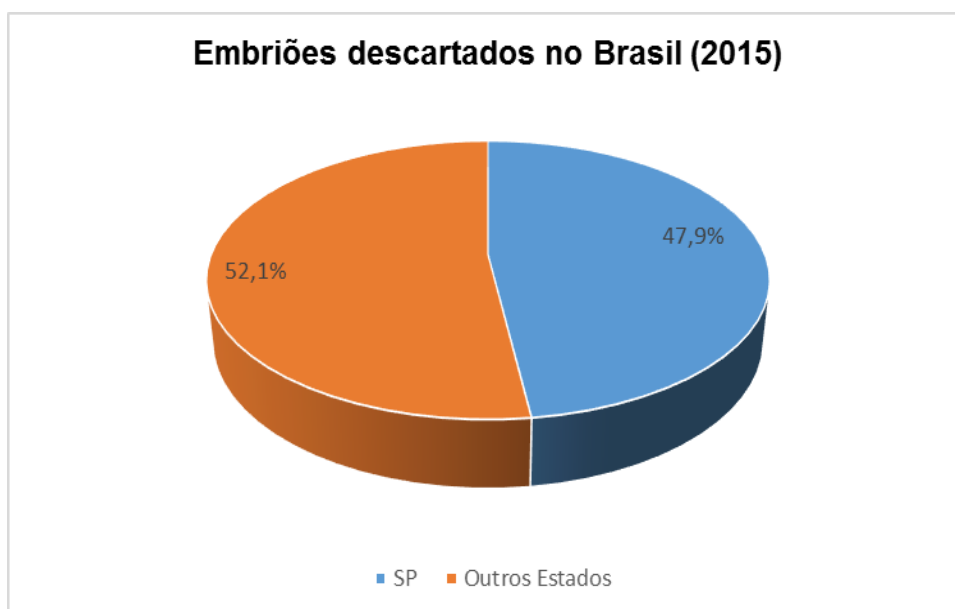
Como é possível constatar nos gráficos abaixo, o percentual de transferência e de descarte de embriões.

Gráfico 4 – Embriões transferidos no Brasil (2015)



Fonte: Elaborado por Cynthia Machado, adaptado do 9 Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio (ANVISA, 2016).

Gráfico 5 – Embriões descartados no Brasil (2015)



Fonte: Elaborado por Cynthia Machado, adaptado do 9 Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio (ANVISA, 2016).

Como pode se verificar através do SisEmbrio, temos no Brasil um número considerado de embriões criopreservados e a questão da doação é uma temática que propõe uma perspectiva ética, bioética, jurídica, filosófica e religiosa.

Não temos notícias quanto ao banco de dados e da fiscalização em clínicas e serviços de RHA em outros países.

Foi possível compreender a realidade de países na Oceania, através da pesquisa de Sonja Goedeke e Deborah Payne (2009), da Universidade Auckland da Nova Zelândia.

Esses autores nos ensinam que, na Austrália e Nova Zelândia os embriões podem ficar criopreservados/congelados pelo período de até 10 anos e somente depois disto, o casal precisa se decidir pela sua destinação/destino, sendo a opção até o ano de 2005, o seu descarte.

Em 2005, foram lançadas as diretrizes de estrutura de tópicos a prática de doação de embriões para outros casais afetados pela infertilidade. Sendo que a este procedimento pode ocorrer apenas sob condições específicas e após a aplicação bem-sucedida para o *The Ethics Committee on Assisted Reproductive Technologies* (ECART), em tradução livre, Comitê de Ética em Assistida Tecnologias de Reprodução.

No momento da decisão, é vivenciado com sentimentos de preocupação, tristeza e incerteza.

Quanto ao número de embriões criopreservados, reiteram ainda:

Em 2000, na Austrália e Nova Zelândia combinados, havia 71 776 embriões congelados em armazenamento (Hurst e Lancaster, 2001). Em 2004, havia um número estimado de 5000-7000 embriões armazenados em Nova Zelândia (Comissão Nacional de ética em Reprodução Humana Assistida, 2005). (GOEDEKE; PAYNE, 2009, p. 1940).

Todavia, temos conhecimento de que na Europa e na América Latina, há instituições científicas importantes: como *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) a *Rede Latinoamericana de Reproducción Asistida* (REDLARA) que publicam, respectivamente, relatórios com alguns dados e pesquisas relativas também aos embriões. Todavia, há de se ressaltar que as instituições acima referidas são voltadas para a educação científica e também certificação e abertas para as clínicas que desejam se associarem, não havendo nenhuma obrigatoriedade na emissão de dados.

Vale lembrar o que nos ensina Dirceu Henrique Mendes Pereira (2011, p. 62), no percurso histórico acerca da Reprodução Humana no Brasil da criação da REDLARA:

O número de Centros de Medicina Reprodutiva (CMR) foi crescendo gradativamente no Brasil e na América Latina, motivando a criação de uma entidade cuja finalidade era compilar os resultados de todas as clínicas da região. Fernando Zegers-Hochschild organizou em Viña Del Mar (Chile), em 1995, uma reunião com a maioria dos CMR, dando início à Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida.

Registro Latinoamericano é um órgão da REDLARA, cujas funções são a recompilação, a análise, a publicação e a distribuição dos resultados das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) dos centros que acreditados ou associados à RED.

O Registro Latinoamericano possibilita:

- Avaliar tratamentos de Reprodução Assistida em termos de seus resultados, desde a estimulação hormonal até o nascimento dos bebês.
- Avaliar tendências nacionais e regionais em relação à segurança e eficácia das diferentes técnicas de RHA.
- Apoiar a casais inférteis durante o processo de decisões relativas à avaliação de custos e benefícios.
- Dispor de uma base de dados sólida para estudos epidemiológicos e como fonte de referência (controle de qualidade) para centros em particular.

A avaliação de tendências regionais permite ao Conselho de Diretores executar programas educacionais através de congressos regionais, destinados a melhorar a prática desta disciplina na região.

Desde a fundação do RHA em 1990, foram publicados 17 relatórios o último, com informação do ano 2011, que inclui dados de 145 centros provenientes de vários países da América Latina.

Na atualidade, estamos coletando dados correspondentes a procedimentos realizados no ano 2012, proveniente de 167 centros que constituem a REDLARA.

O RLA participa do *International Committee Monitoring Assisted Reproduction Technologies* (ICMART), responsável pela coleta e publicação do registro mundial de reprodução assistida

Observa-se na leitura do Relatório que mesmo diante de tamanho cuidado desta ferramenta no sentido de melhor informar e educar os usuários quanto à

importância no registro de dados, muito embora haja em alguns momentos certa desconfiança de alguns deles, como pode ser constatado no seguinte trecho:

Segundo o Registro da Redlara até 1990, dezenove centros relataram um total de 2.415 ciclos de iniciados; e apesar do fato de que aumentar número de centros foram tornando-se parte desta atividade, em seu quarto ano, a cobertura do registro foi subótima e houve preocupações sobre a confiabilidade das informações fornecidas por certas instituições. (REDLARA, [2016c]).

Diante do que aqui é exposto, embora a REDLARA e o ESHRE não sejam um Bancos de Dados, mas sim instituições educacionais, que se comprometem com a divulgação de informações acerca da produção de embriões, dentre outros, é bastante complicado que dados equivocados sejam fornecidos pelas clínicas e assim publicizados para comunidade científica e sociedade civil.

Retomando a ideia específica desta dissertação, é meritoso contextualizar o linde que estabeleceu diretrizes na Reprodução Humana Assistida - Relatório Warnock⁴⁵ nos anos 90 do século XX, marcou inúmeras sociedades médicas e países quando estabeleceu diretrizes éticas e legislação, respectivamente, para as tecnologias reprodutivas. A Inglaterra, por exemplo, estabeleceu os limites legais para a Reprodução Assistida com base neste Relatório.

O prazo para armazenamento de embriões tem sido estipulado em 5 anos, a partir deste relatório. Este prazo foi estabelecido arbitrariamente, sem que tenham sido elaborados estudos sobre a viabilidade por períodos mais longos. Dois procedimentos realizados nos Estados Unidos utilizaram embriões com 7 e 8 anos de congelamento, respectivamente, sem que tenham sido evidenciados problemas no desenvolvimento dos bebês que foram gerados e nasceram normalmente. Inúmeras legislações nacionais, Inglaterra e Espanha, por exemplo, fixaram este prazo como tempo máximo de armazenamento. Isto gerou inúmeros problemas sociais quando os primeiros prazos venceram, em agosto de 1996, na Inglaterra. Houve um debate mundial sobre a obrigatoriedade de que todos os embriões

⁴⁵ Este relatório foi o primeiro marco na Reprodução Assistida e serviu de base para os vários outros que se constituirão futuramente em vários países. Perelson (2009) lembra que a essência deste Relatório que diz que o embrião humano não pode ser mantido vivo fora do corpo da mulher por período superior a 14 dias de sua existência e a pesquisa realizada além deste limite deve ser considerada crime. Este relatório propõe ainda que sejam também considerados crimes a colocação de embrião humano no útero de outras espécies e a venda de embriões humanos sem autorização. Além disso, ele indica a necessidade de criação de lei para impedir o direito de propriedade sobre ele.

ingleses congelados fossem destruídos, o que efetivamente foi realizado. Na Espanha, em novembro de 1997, estimam que já existam mais de 1000 embriões que deva ser igualmente destruídos. Esta pesquisadora não contou com dados acerca do Brasil.

Como já explicitado tanto nas **considerações iniciais (percurso metodológico)** assim também na **Parte I**, intitulada **Reprodução Humana** desta dissertação, ratificamos aqui informações como a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) que rege a doação de embriões no Brasil, país no qual está inserido o objeto desta pesquisa.

Por este país não contar com uma lei ordinária, as 4 Resoluções do Conselho Federal de Medicina se fazem necessárias, tendo em vista que regulam as normas éticas a respeito dos procedimentos médicos a serem utilizados na utilização das técnicas de Reprodução Assistida.

Lembrando que a destruição destes embriões é apenas uma das alternativas. A sua utilização em projetos de pesquisa e a sua utilização em procedimentos com casais desejosos de filhos (doação de embrião) e o seu descarte seriam outras alternativas.

Na íntegra o parágrafo da Resolução CFM nº. 1.358/92 que descreve as normativas em relação a este objeto de estudo:

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

- 1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos e embriões.
- 2 - Do número total de embriões produzidos em laboratório, os excedentes, viáveis, serão criopreservados.
- 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 falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.

VI - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE EMBRIÕES

As técnicas de RHA também podem ser utilizadas na preservação e tratamento de doenças genéticas ou hereditárias, quando perfeitamente indicadas e com suficientes garantias de diagnóstico e terapêutica:

- 1 - Toda intervenção sobre embriões *in vitro*, com fins diagnósticos, não poderá ter outra finalidade que não a de avaliar sua viabilidade ou detectar doenças hereditárias, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.
- 2 - Toda intervenção com fins terapêuticos sobre embriões *in vitro* não terá outra finalidade que não a de tratar uma doença ou impedir sua transmissão, com garantias reais de sucesso, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.

3 - O tempo máximo de desenvolvimento de embriões *in vitro* será de 14 dias. (CFM, 1992).

“Inúmeros são os desafios à reflexão bioética, pois a Reprodução Humana Assistida representa área onde os esforços de desenvolvimento e aplicação de conhecimento aparentemente se contradizem.” (GOLDIM, 2011).

Constatamos que a medida que estes desafios aparecem, ao CFM é dada a incumbência de outras discussões bioéticas e novas resoluções atualizam às anteriores. Fica então a cargo deste Conselho às resoluções, ou normas éticas para utilização das técnicas.

Na seara da RHA, várias são as discussões bioéticas a que se prezam como: utilização do consentimento informado; a seleção de sexo; a doação de espermatozoides, óvulos, pré-embriões e embriões; a comercialização de gametas; a seleção de embriões com base na evidencia de doenças ou problemas associados; a troca de embriões no procedimento de transferência; a maternidade substitutiva; a redução embrionária; a clonagem; pesquisa e criopreservação (congelamento) de embriões, incluindo a produção de quimeras humanas.

Atemo-nos apenas ao que nossa pesquisa abrange: doação de embriões e por esta razão o texto na íntegra da última Resolução do CFM de nº. 2.121/2015:

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

- 1- As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos, embriões e tecidos gonádicos.
- 2- O número total de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco. Os excedentes, viáveis, devem ser criopreservados.
- 3- No momento da criopreservação, os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento, de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.
- 4- Os embriões criopreservados com mais de cinco anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes. A utilização dos embriões em pesquisas de células-tronco não é obrigatória, conforme previsto na Lei de Biossegurança. (CFM, 2015b).

Quanto ao destino dos embriões que os casais precisam se decidir, é vigente explicar que ao assinarem o Termo Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), os casais optam pela disponibilização para pesquisa de células-tronco ou doação para outro casal infértil, e logo após os 05 anos de congelamento, o seu descarte não sendo obrigatória nenhuma destas opções.

Assim, a decisão é um ato consciente, voluntário do casal e por esta razão, mais que bem informado, ele necessita desenterrar cemitérios e jardins para compreender o significado axiológico que tem o embrião que lhe pertence e que necessita de um destino, tendo em vista que este material de engendramento passa a ser um “estorvo” para as Clínicas ou Serviços de RHA, se não contar com este tipo de decisão do casal. Esta decisão é essencial e garante um fim ou um destino para o embrião.

Quanto à doação especificamente consta na Resolução do CFM de nº. 2.121/2015:

DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

- 1 - A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.
- 2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.
- 3 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.
- 4 - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores.
- 5 - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um (a) doador (a) venha a produzir mais do que uma gestação de criança de sexo diferente numa área de um milhão de habitantes.
- 6 - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.
- 7 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas trabalham participar como doador nos programas de RHA. (CFM, 2015b).

É importante o esclarecimento da matéria pesquisa de células-tronco, sendo esta uma das opções que o casal tem para o seu embrião criopreservado.

Segundo o Instituto de Pesquisa com Células-tronco, as células-tronco são:

“Células-tronco” ou “*Stem-cells*”. Células-tronco têm esta denominação por ser um tronco comum, do qual se originam outras células.

São células capazes de auto renovação e diferenciação em muitas categorias de células. Elas também podem se dividir e se transformar em outros tipos de células. Além disso, as células-tronco podem ser

programadas para desenvolver funções específicas, tendo em vista que ainda não possuem uma especialização.

Basicamente, as células tronco podem se autorreplicar, ou seja, se duplicar, gerando outras células-tronco. Ou ainda se transformar em outros tipos de células. (IPCT, 2013).

Os tipos de células-tronco

Existem três principais tipos de células-tronco: as embrionárias e as adultas, que são encontradas principalmente na medula óssea e no cordão umbilical, oriundas de fontes naturais e; as pluripotentes induzidas, que foram obtidas por cientistas em laboratório em 2007 (IPCT, 2013).

Células-tronco embrionárias

As células pluripotentes, ou embrionárias, são assim chamadas por possuir a capacidade de se transformar em qualquer tipo de célula adulta. Elas são encontradas no embrião, apenas quando este se encontra no estágio de blastocisto (4 a 5 dias após a fecundação) (IPCT, 2013).

Células-tronco adultas

Na fase adulta, as células-tronco encontram-se, principalmente, na medula óssea e no sangue do cordão umbilical, mas cada órgão do nosso corpo possui um pouco de células-tronco para poder renovar as células ao longo da nossa vida, como mostra a figura. Elas podem se dividir para gerar uma célula nova ou outra diferenciada. As células-tronco adultas são chamadas de multipotentes por serem menos versáteis que as embrionárias (IPCT, 2013).

Células-tronco induzidas

As primeiras células-tronco humanas induzidas foram produzidas em 2007, a partir da pele. E tem sido daí que são retiradas as células para reprogramação, mesmo que teoricamente, qualquer tecido do corpo possa ser reprogramado. O processo de reprogramação se dá através da inserção de um vírus contendo 4 genes. Estes genes se inserem no DNA da célula adulta, como, por exemplo, uma da pele, e reprogramam o código genético. Com este novo programa, as células voltam ao estágio de uma célula-tronco embrionária e possuem características de autor renovação e capacidade de se diferenciarem em qualquer tecido (IPCT, 2013).

Lembremos que a pesquisa especificamente com células-tronco embrionária foi assunto polêmico no Brasil, dias depois que o então Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva ter anunciado a tão aguardada regulamentação da Lei de Biossegurança, o Procurador-Geral da República, Cláudio Fonteles, encaminhou ao

Supremo Tribunal Federal (STF) um parecer favorável à Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) para suprimir o artigo 5º da lei que permite o uso de células-tronco de embriões para fins de pesquisas e terapias.

Segundo Diniz e Avelino (2009, p. 542):

O fundamentado na tese central de que a vida humana acontece na, e a partir da fecundação. Ao se considerar esse argumento, entende-se que ações que impeçam o desenvolvimento celular para a formação de um feto são um atentado à vida e à dignidade da pessoa humana. Sendo válido esse pressuposto, reconhece-se a inconstitucionalidade da pesquisa com células-tronco embrionárias, pois ela interrompe a divisão celular e impede o desenvolvimento embrionário.

A ADIn demandou do Supremo Tribunal Federal (STF) um pronunciamento sobre o estatuto do embrião com potencialidade de vida no ordenamento jurídico brasileiro. Presenciamos a primeira audiência pública da história dessa corte, quando especialistas na área da RHA foram convidados a se pronunciarem.

O STF decidiu em 29 de maio de 2008 pela constitucionalidade do artigo 5º da Lei nº. 11.105/2005.

De acordo com Vinícius Roberto Prioli de Souza (2009) esta foi uma:

[...] decisão considerada histórica. As células-tronco embrionárias são consideradas pela maioria dos médicos e cientistas como a maior esperança de cura para algumas das doenças mais mortais já existentes, as doenças degenerativas, pois possuem o poder de converter-se em todos os tecidos que formam o corpo humano. Desta forma, proporcionam uma esperança de vida para milhares de pessoas que dependem do sucesso destas novas pesquisas para sobreviver.

O texto da Lei de Biossegurança permite que os cientistas brasileiros possam usar em suas pesquisas células-tronco embriões humanos, desde que congelados até o dia da publicação da lei e que tenham, no mínimo, 3 (três) anos de estocagem.

Todavia, esta Lei veda a clonagem humana e a produção de embriões para a retirada de células-tronco, com o objetivo terapêutico, sendo só permitido o uso de embriões que seriam, necessariamente, descartados por clínicas de Fertilização.

O direito à investigação científica inscreve-se como uma projeção do direito à criação científica, com o qual se atendem de forma primária os interesses do investigador ou cientista, mas também os coletivos, de promover o progresso científico pelos benefícios gerais que podem derivar-se para a sociedade.

É mister ratificarmos que em março de 2005, foi sancionada a Lei de Biossegurança nº. 11.105, de 24.03.2005 que veio regulamentar os incisos II e V do § 1º do artigo 225 da Constituição Federal de 1988, fixando regras para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados.

Art. 5º É permitida, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por Fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento, atendidas as seguintes condições:

I - sejam embriões inviáveis; ou

II - sejam embriões congelados há 3 (três) anos ou mais, na data da publicação desta Lei, ou que, já congelados na data da publicação desta Lei, depois de completarem 3 (três) anos, contados a partir da data de congelamento.

§ 1º Em qualquer caso, é necessário o consentimento dos genitores.

§ 2º Instituições de pesquisa e serviços de saúde que realizem pesquisa ou terapia com células-tronco embrionárias humanas deverão submeter seus projetos à apreciação e aprovação dos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa.

§ 3º É vedada a comercialização do material biológico a que se refere este artigo e sua prática implica o crime tipificado no art. 15 da Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. (BRASIL, 2005a).

Destarte a proibição de comercialização de embriões no Brasil, não passemos ilenos ao que a psicanalista francesa Vacquin (apud PERELSON, 2009, p. 817) aponta como dado histórico importante acerca do assunto tratado neste estudo.

Em 1984 nasceu, na Austrália, a primeira criança na história humana tendo sido um embrião congelado e em 1985, nasceram os primeiros gêmeos originados da mesma concepção na Austrália, mas nascidos com dezesseis meses de intervalo.

Em 1987, nos EUA, uma sociedade de pesquisa em Fertilização e genética se especializa na comercialização de embriões humanos. Seu sucesso é imediato e suas ações foram cotadas na Bolsa de Valores.

Em 1989, tem-se o domínio da maturação de ovócitos de fetos não viáveis, permitindo teoricamente a crianças não nascidas terem filhos. Em 1993, médicos da Virgínia fazem o primeiro anúncio de clonagem humana, por cisão embrionária.

As novas práticas de reprodução (e filiação) incluem, como já dito, a disponibilização, fora do corpo, do material de engendramento. Este, por sua vez, torna-se passível, entre outros destinos, de circulação: comercialização (autorizada apenas em pouquíssimos países, entre os quais os Estados Unidos) ou doação.

Ainda sobre as pesquisas com células-tronco, se tem notícia de:

Uma pesquisa publicada na revista *Sciences* por um grupo de cientistas coreanos (HWANG et al., 2004) confirmam a possibilidade de obter-se células-tronco pluripotentes, a partir da técnica de clonagem terapêutica ou transferência de núcleos (TN). O trabalho foi feito graças a participação de dezesseis mulheres voluntárias que doaram, ao todo, 242 óvulos e células *cumulus* (células que ficam ao redor dos óvulos) para contribuir com pesquisas visando à clonagem terapêutica. Estas células *cumulus*, que já são células diferenciadas, foram transferidas para os óvulos dos quais haviam sido retirados os próprios núcleos. Dentre esses, 25% conseguiram se dividir e chegar ao estágio de blastocisto, portanto, capazes de produzir linhagens de células-tronco pluripotentes. (cenoma.ib.usp.br apud SOUZA, V. P. R., 2009).

O grande desafio bioético nesta temática é o desenvolvimento de pesquisas com embriões humanos de forma ética e transparente.

É remate enfatizar que a pesquisa com células-tronco embrionária é um dos possíveis destinos dado ao embrião estocado nas clínicas de RHA.

Segundo Diniz e Avelino (2009, p. 543), num Cenário Internacional de Pesquisa de Células Tronco:

[...] alguns países, como o Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte é paradigmático, pois apresenta um fenômeno que se reproduziu na última década em diferentes países: a regulação da pesquisa foi deflagrada por uma ampla discussão bioética sobre as tecnologias reprodutivas. O Relatório Warnock foi uma peça de debate ético de vanguarda, em que se propôs o conceito de pré-embrião para representar o conjunto de células humanas com até 14 dias de desenvolvimento. Como resultado de quase uma década de discussão, o Reino Unido foi o primeiro país a autorizar em lei a pesquisa com células-tronco embrionárias e clonagem terapêutica, em 2001.

O que vemos a emblemática discussão da pesquisa de células-tronco em todo o mundo e o que representou o Relatório de Warnock, no sentido de representar limites éticos na Reprodução Humana Assistida.

Ainda segundo estes autores:

[...] países que autorizam a pesquisa com células-tronco embrionárias por marco legal, semelhantemente ao Brasil, são: Reino da Dinamarca, Reino da Espanha, República da Finlândia, França, Reino Unido e Suécia. Outros países permitem que a pesquisa seja conduzida sem que tenha havido um debate legislativo conclusivo, como ocorreu na República da Índia e China, havendo um reconhecimento dos pareceres da comissão nacional consultiva

de bioética ou do ministério da saúde de cada país. Há, ainda, os países que autorizam a pesquisa com linhagens embrionárias existentes e embriões já congelados, enquanto o debate legislativo se desenvolve localmente, como é o caso do Irã. (DINIZ; AVELINO, 2009, p. 544).

Em vista de toda a discussão acalorada que ocorreu na sociedade brasileira em torno da pesquisa com células-tronco até chegar à decisão da aprovação ou não no Supremo Tribunal Federal (STF), o que se coloca é o *status* dado ao embrião.

Não só na discussão acima referida, mas também ao que esta pesquisa de mestrado se propõe, é evidente que a problemática que se coloca - Doação de embriões - persiste diretamente vinculada ao valor simbólico ou até afetivo atribuído aos embriões. São considerados como sendo já uma pessoa, ou são apenas potencialmente uma pessoa, ou então apenas um agregado de células. Esta é a reflexão ética que deve ser realizada. Com base nesta definição, de quando começa a vida do indivíduo, é que devem ser estabelecidas as políticas institucionais de permitir ou não o congelamento de embriões.

É de extrema importância, em função das altas taxas de abandono de embriões, que os critérios de destinação dos mesmos fiquem claramente estabelecido previamente a realização dos procedimentos (GOLDIM, 1998).

O casal convicto de ter embriões excedentes, concorda e paga, no momento do congelamento, um valor correspondente a esse procedimento, bem como a manutenção, mensal ou anualmente, dos embriões congelados. Passado algum tempo, a Clínica/Serviço de RHA entrará em contato com o casal, de modo a saber quais são as suas intenções a respeito do destino a ser dado aos embriões e para cobrar, caso eles continuem mantidos estocados. É importante dizer que alguns casais esquecem seus embriões, pois já não tem nenhuma questão com eles, negando inclusive ao pagamento desta taxa de manutenção.

A psicanalista francesa Geneviève Delaisi de Parseval :

[...] vem se dedicando já há algumas décadas ao trabalho clínico e à produção teórica no campo da reprodução assistida os nomeia como um 'exército de embriões órfãos ou órfãos congelados'. (DELAISI apud PERELSON; HASKI, 2015, p. 19).

Aos centros/clínicas ou serviços de RHA é dada a incumbência de saber o que fazer com os que foram abandonados. É quando, o embrião, passa a ser um

“estorvo” para estes centros. O abandono de embriões também é uma questão ética colocada à discussão.

É possível notar países, como é o caso da Itália que adotou uma medida bastante restritiva de proibir a criopreservação de embriões excedentes a partir de um parágrafo de sua Lei para Reprodução Assistida - “Lei 40”.

Em seu entendimento, adotando esta medida se preveniria do problema do abandono de embriões. Segundo Gianluca Maria Bella (2009, p. 95), esta lei que teve alguns parágrafos criticados e banidos, inclusive o acima citado:

A fecundação artificial é disciplinada pela Lei no 40 de 25 de fevereiro de 2004 (Normas em matéria de procriação assistida) e pelas linhas diretrizes dos decretos do Ministério da Saúde de 21 de julho e de 04 de agosto de 2004. A partir da sua promulgação, a Lei em questão subiu vivazes críticas e reações devidas também à revitalização das discussões entre católicos e laicos.

Sabemos que muitas das resoluções contidas nesta lei foram alteradas em razão de suas posições polêmicas.

Fica claro que a conscientização prévia dos casais quanto a produção excessiva de embriões para validação do tratamento é necessária.

Frisemos que as chances de êxito no tratamento aumentam quando há produção de embriões em excesso e a possibilidade do congelamento aumenta este percentual de sucesso. Não podemos ignorar quão caro é este tratamento no Brasil (média R\$20.000,00 por ciclo⁴⁶) e que ainda encontra taxas de sucesso em torno de 50% a 60% para mulheres com 35 anos de idade, decaindo esta percentagem de acordo com aumento da idade cronológica. Para efeito de comparação, lembremos que em uma relação sexual as chances de gravidez giram em torno de 15 a 20%.

O congelamento de embriões deve suas razões à viabilidade para muitos casais uma segunda ou mesmo uma terceira tentativa, caso a primeira não dê certo, como também ele aumenta as chances da primeira tentativa ter êxito. Com efeito, se o casal não admite o congelamento, se o médico não pode contar, em seu laboratório, com uma sobra, com um excesso para trabalhar, as chances do casal concluir seu tratamento com a vinda de um filho tornam-se menores.

Podemos perceber que posicionamentos diferenciados como a da ciência e da igreja, não só na Itália, mas também em outros países do mundo foram opostos e

⁴⁶ Um ciclo de Fertilização *in vitro* (FIV) leva cerca de duas semanas.

conflitantes na discussão sobre pesquisa de células-tronco, em que o embrião esteve como protagonista.

No caso do Brasil, podemos observar que o posicionamento da igreja, especialmente, a católica - lembrando que este país tem o maior número de católicos do mundo, 123 milhões de fiéis, segundo o último Censo do IBGE (2015), foi muito influente no posicionamento da sociedade como um todo. Em seu texto, Vinícius Souza (2009), afirma:

A Igreja Católica considera a vida humana um mistério grandioso em sua origem, e não mero episódio de união sexual. A Igreja, mestra e profissional da fé, defende o valor extraordinário da vida humana desde as profundezas de sua origem. Por isso, é definitivamente contra a destruição da vida por qualquer processo, científico ou não científico. Eliminar a vida é rebelar-se contra os desígnios de Deus Criador.

Embora já tenhamos resolvida a altercação da pesquisa com células-tronco no Brasil, e que abarcou estes posicionamentos, não podemos nos esquecer que para além da significação também está o valor axiológico, o que pode ser pensado no tipo de laço que se mantém com o embrião.

A doação de embriões direciona para algum ponto também desta ordem, embora fique claro que para além do racional está o emocional daquele que mantém seus embriões congelados e que é colocado a pensar sobre o destino dos mesmos.

O embrião, aponta-nos Simone Perelson (2009, p. 822-823), pode ser:

Alguém meio coisa ou algo meio homem, na suspensão entre a vida e a morte, entre a humanização e a destruição – os embriões excedentes são de fato as sobras, o resto inassimilável do processo reprodutivo ou, ainda, os restos humanos do processo técnico-científico. Transformados em resto, estes embriões colocam necessariamente aos sujeitos que têm com eles alguma forma de relação – de produção, de propriedade ou de afeto (que termos podemos aqui utilizar?) – face ao desafio de sua representação simbólica. Coisa ou humano? A quem pertencem? Podem ser destruídos? Podem ser utilizados para a pesquisa? Podem ser doados para processos reprodutivos envolvendo outras pessoas? Podem ser vendidos? São pessoas humanas em potencial? A questão da dignidade humana lhes diz respeito? São dignos de afeto? Às questões já extensamente discutidas a respeito do estatuto do embrião, vemos somar-se uma série de novas dificuldades quando este é desalojado de seu 'receptáculo natural', o corpo da mãe, e passa a ser estocado no laboratório.

Para tanto, ressaltamos que a clonagem humana e o mapeamento genético, embora sejam assuntos importantíssimos que dizem da evolução da Ciência na contemporaneidade, são disciplinas transversais à temática da Reprodução Humana Assistida e consequentemente a Doação de embriões. Esta é a razão plausível que esclarece o porquê de serem apenas mencionadas e brevemente explicitadas. Ver nas **considerações iniciais**, especificamente **percurso pessoal da pesquisadora com o objeto** e na Parte 1 (1.2) intitulada **Reprodução Humana Assistida**.

Comungando com a ideia inicial da psicanalista Monette Vacquin (apud PERELSON, 2009), qual representação simbólica tem este embrião estocado no laboratório?

Ressaltemos ainda que a disciplina do Direito traz teorias concernentes ao assunto justificando posições divergentes quanto ao embrião. Tais teorias são: Teoria Genética Desenvolvimentista, a Teoria da Potencialidade da Pessoa, a Teoria Concepcionista, como já mencionadas nas considerações iniciais (preâmbulo da pesquisa). Optou-se apenas por citá-las, tendo em vista que o objetivo desse estudo é a trabalhar os impactos éticos e emocionais da doação de embriões.

Assim, tendo como resposta às perguntas do questionário desta pesquisa que foi inquirido acerca desta problemática, o que se pôde perceber foi para além de aceções diferenciadas dadas ao embrião, seja do próprio profissional entrevistado ou do ponto de vista do casal envolvido na doação.

Isto posto, o valor atribuído ao embrião também difere de acordo com quem estabelece esta relação, ou seja, casal ou profissional. Até no próprio casal, é possível aventar que há uma diferenciação entre um ou outro membro, pois a cada um deles comporta uma singularidade de sentimentos e valores éticos e morais.

Os critérios adotados nesta pesquisa para definir o porquê as pessoas não doarem os seus embriões foram pela vertente social e psicológica.

É notório nas entrevistas realizadas por esta pesquisadora que o aspecto do vínculo afetivo entre casal e embrião aparece como uma questão.

Nossa hipótese é que a dificuldade em doar o seu embrião está diretamente relacionada ao vínculo estabelecido entre o casal e o “material genético” como é significado pelos profissionais da Equipe Técnico-administrativa da Clínica pesquisada ou com o “filho em potencial”, significado atribuído ao mesmo pelo casal supostamente doador.

Há uma mistura no material doado, que não é só material genético.

Da fala do antropólogo Marcel Mauss, que salienta haver na troca uma mistura, pensemos o que se doa com embriões e quão significativo é para o casal fazer esta doação. “Trata-se, no fundo, de misturas. Misturam-se as almas nas coisas, misturam-se as coisas nas almas.” (MAUSS, 2003, p. 212).

Deláisi, ao estudar a proposta teórica deste autor que analisa tribos arcaicas e explica as origens humanas da troca, nos sugere que a doação de embriões está diretamente ligada a um tipo de troca simbólica. Com efeito, o que propõe Mauss é que estas trocas estabelecem relações humanas.

Importante dizer que Mauss (apud SABOURIN, 2008, p.138)

[...] descobriu princípios fundamentais da organização e da lógica econômica e social das sociedades de reciprocidade. A dádiva e a contradádiva ou dom e contradom pertencem a uma dialética social e econômica polarizada pelo prestígio e pela honra.

Para compreender o conceito de Dádiva, nas sociedades primitivas em que “[...] as prestações primitivas revestem a forma de dádivas, de presentes, reguladas por três obrigações interligadas: dar, receber, retribuir.” (MAUSS, 2003, p. 200).

Dar é uma obrigação, sob a pena de provocar uma guerra. Cada uma dessas obrigações cria um laço de energia espiritual entre os atores da dádiva. A retribuição da dádiva seria explicada pela existência dessa força, dentro da coisa dada: um vínculo de almas, associado de maneira inalienável ao nome do doador, ou seja, ao seu prestígio. (MAUSS, 2003, p. 201).

“Ademais, o que estas sociedades trocam não são exclusivamente bens, riquezas, bens móveis e imóveis, coisas úteis economicamente. São, antes de tudo, amabilidades, banquetes, ritos, serviços militares, mulheres, crianças, danças, festas.” (MAUSS, 2003, p.190).

Dessa maneira, percebe-se que há relevância teórica e ética em trabalhar a diferença salutar de se fazer a análise da lógica das trocas mercantis e das trocas simbólicas.

Enquanto a **troca mercantil**, ao se concluírem, anulam todo e qualquer laço entre doador e donatário, e aquelas próprias aos dons, ou ainda, **trocas simbólicas**, os quais, mesmo quando compensados com os contradons, deixam um lastro de laço entre aqueles que participaram das prestações: lastro de uma dupla e contraditória relação de poder, mesmo que sua tendência seja o equilíbrio.

Em virtude dessa lógica, observa o antropólogo, dons e contradons alimentam permanentemente obrigações, dívidas, que geram fluxos de serviços e de solidariedade recíprocas.

Por conseguinte, lembremos que em seus ensinamentos, Mauss (2003), traz que na troca material e espiritual se misturam, pode-se conceber que a coisa dada leva algo do ser do doador.

Este liame seria um vínculo afetivo e por esta razão nossa preocupação enquanto pesquisadora era a melhor compreensão do tipo de laço afetivo poderia ser estabelecido entre casal e embrião. Acrescentaríamos ainda o que nos ensina Bauman (2001) ao pensarmos na postergação da decisão da doação. Aos conceitos ensinados por este sociólogo, ficam questionamentos se os mesmos não vão se arraigando em nosso cotidiano e impregnando nosso modo de agir e pensar.

É crucial ainda dizer que o material genético nada é a não ser isto que a própria definição biológica pode representar e que, sem o útero materno, não significa. Lembrando ainda, que o material genético no útero não dá a ele a certeza de “vir a ser” um filho para o casal, mas apenas uma possibilidade.

Para estes casais, segundo a psicanalista Delaisi (apud PERELSON; HASKY, 2015, p. 17) discute é que:

[...] sob a aparência de uma doação de simples material biológico, doa-se, de fato, fils, termo que em francês carrega o duplo sentido de filhos e laços: a doação em questão produz laços sociais. Doa-se também gifts, termo que no alemão clássico carrega o duplo sentido de presente e veneno.

Pensando na doação como antes dito, “dádiva”, ato voluntário, livre e gratuito.

A dádiva é um ato que implica tripla necessidade: dar, receber e retribuir. Antes regidas pelo princípio da rivalidade que pelo da generosidade, as dádivas objetivam, sobretudo, colocar o donatário na situação de impossibilidade de retribuir à altura o presente; na situação, portanto, de dívida.

No fundamento desta lógica ou na lógica deste fundamento se revela que, “[...] o caráter voluntário, por assim dizer, aparentemente livre e gratuito” (DELAISI apud PERELSON; HASKY, 2015, p. 41) das trocas de presentes é, no entanto, “imposto e interessado”.

Bauman (2001) que nos faz refletir sobre a sociedade contemporânea, sendo ela desprovida da preocupação com o futuro e por isto, “egoísta”. Os valores que

fazem parte desta sociedade, são fluidos e líquidos, sugerindo efemeridade. Sob a perspectiva da sociabilidade contemporânea, ou seja, a lógica que rege os laços sociais, caberia pensarmos como um casal poderia presentear um outro casal ou à Ciência com algo tão precioso quanto um filho?

A postergação da decisão do que fazer com seus embriões criopreservados e até mesmo a dificuldade em doar o material genético não estaria também diretamente ligada à sociedade que estamos construindo?

Para tanto, há de se salientar que nem todos os casais estabelecem o mesmo tipo de relação com o seu embrião criopreservado.

- “Há os casais que se relacionam com os seus embriões, chamando-os por nomes como se fossem um ‘filho de fato’, nem mesmo sendo um ‘filho em potencial’.” (Esta é uma das falas de um dos entrevistados que poderia aclarar tal posicionamento).

Outro fato que nos faz pensar nas mulheres e homens que precisam se decidir sobre o destino de seus embriões excedentários e que foram criopreservados é de um neurocirurgião que escreve um livro sobre os seus erros cometidos ao longo de sua vida profissional nos faz pensar: “Todo cirurgião carrega dentro de si um pequeno cemitério ao qual comparece de tempos em tempos.” (LERICHÉ apud PETRI, 2015, p. 98).

Assim, cabe-nos a seguinte indagação: será que estes casais também carregam dentro de si um cemitério a ser revisitado no momento em que escolhem o destino de seus embriões?

Cumprе ressaltar que a capacidade de manejo da angústia e comportamento de exploração estão relacionados à capacidade de cada um de simbolizar e integrar memórias e afetos emocionalmente carregados, ligados aos seus relacionamentos mais significativos. O embrião seria um filho em potencial para estes casais. Pensar em doá-lo para a ciência ou para outro casal seria um ato altruísta numa sociedade egoísta.

PARTE 2 PESQUISA

2.1 Metodologia

Na busca da verdade, a melhor estratégia pode ser começar criticando as crenças que nos sejam mais caras[...], eu acredito que valeria a pena tentar aprender algo sobre o mundo, mesmo se nessa tentativa aprendermos apenas que não sabemos muito. Esse estudo de ignorância aprendida pode ser útil em muitos de nossos problemas. Pode servir para que todos nos lembremos que, mesmo diferindo amplamente nas várias pequenas coisas que sabemos, em nossa infinita ignorância, somos todos iguais.
(POPPER, 1995, p. 29 apud MOREIRA-ALMEIDA, 2007, p. 1).

Vamos realizar neste item uma breve síntese do que já apresentamos nas considerações iniciais, apenas como provocação de lembrarmos sobre o nosso percurso metodológico. Assim, se faz mister salientarmos que para a concretização desta pesquisa fez-se necessária a abordagem qualitativa e os seguintes tipos de pesquisa: descritiva, bibliográfica, documental, exploratória e de campo e o método utilizado para traçar tal estudo foi o hermenêutico-dialético.

Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa: Equipe Técnico-administrativa de uma clínica privada de Reprodução Humana Assistida do Estado de São Paulo

Objetivos:

Objetivo geral

- Compreender os aspectos bioéticos envolvidos na problemática da Reprodução Humana Assistida.

Objetivos específicos

- Estudar os aspectos éticos vividos pela Equipe Técnico-administrativa de uma Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo, responsável pelo

tratamento de Reprodução Humana Assistida de casais que tiveram embriões excedentários após serem submetidos ao tratamento de Fertilização *in vitro*.

- Refletir sobre a dimensão subjetiva vivida pela Equipe Técnico-administrativa de uma Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo, responsável pelo tratamento de Reprodução Humana Assistida de casais que tiveram embriões excedentários após serem submetidos ao tratamento de Fertilização *in vitro*.
- Compreender os aspectos bioéticos envolvidos na problemática do destino de embriões excedentários ou extranumerários (doação para casais inférteis ou para pesquisa de células-tronco).

Abordagem

A pesquisadora na abordagem qualitativa fez uma leitura analítica das fragilidades, das potencialidades, dos sonhos, das frustrações e das vicissitudes dos entrevistados, que são nada mais do que as significações que os fenômenos ganharam ao longo do seu percurso, ou seja, como os entrevistados entendem, compreendem, sentem, desejam, sonham e repulsam o universo no qual estão inseridos - da Reprodução Humana Assistida.

Isto posto, salientamos que o fundante da pesquisa qualitativa são os significados; as significações que os fenômenos ganharam a partir da leitura dos sujeitos.

Método

O método utilizado foi o hermenêutico dialético que objetivou a captura em profundidade da fala dos sujeitos participantes da pesquisa, expressos em reações, gestos e atitudes. Este método trouxe à tona a subjetividade dos entrevistados, sem desprezar a objetividade dos mesmos.

Ressaltando que a perspectiva deste método é a interpretação dialetiza e considerando todo o contexto no qual os entrevistados se encontram, a clínica privada de Reprodução Humana Assistida do Estado de São Paulo; o Estado de São Paulo, o Brasil e o Tempo Presente (século XXI).

Foram utilizados nas entrevistas questionário semiestruturado e para tanto o uso de gravador e diário de campo se fizeram essenciais.

Para tanto, utilizou-se dos seguintes critérios:

1. Mapeados todos o material empírico obtidos no trabalho de campo: a transcrição de gravações, releitura das entrevistas, organização dos relatos e dos dados da observação participante,
2. Classificados e analisados os dados,

Tipos de pesquisa

Os tipos de pesquisa podem ser descritos resumidamente como:

- **Bibliográfica:** foi o início desse trabalho e continuou sendo feita ao longo de todo estudo com o objetivo de proporcionar embasamento teórico sobre a temática da doação de embriões.
- **Documental:** versou em torno de toda a documentação pertinente ao assunto (Constituição Federativa de 1998, Lei de Biossegurança nº. 11.105, de 24 de março de 2005, Resoluções do CFM nº. 1.358/1992, nº. 1.957/2010, nº. 2.013/2013, nº. 2.121/2015 e Resolução de Diretoria Colegiada (RDC)/ANVISA RDC nº. 29, de 12 de maio de 2008).
- **Exploratória:** pesquisa realizada pela internet, mapeando as clínicas/serviços de Reprodução Humana Assistida existentes no Brasil.
- **Campo:** pesquisa realizada em uma clínica privada de Reprodução Humana Assistida do Estado de São Paulo.

2.2 Seleção do material empírico

- Riobaldo, a colheita é comum, mas o capinar é sozinho [...].
(ROSA, 2015).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas no espaço físico da própria clínica com os profissionais da Equipe Técnico-administrativa da clínica privada de Reprodução Humana Assistida do Estado de São Paulo.

Sendo estes: 02 médicos, 01 enfermeira, 02 embriologistas e 01 técnica de enfermagem.

A técnica de enfermagem se negou à participação, alegando não ter contato com os pacientes e que não poderia em nada contribuir na pesquisa.

Período das entrevistas foi de 30 de março de 2016 a 11 de maio de 2016.

Considerando os dois pressupostos do método de pesquisa, o hermenêutico-dialético:

1. não há consenso nem ponto de chegada no processo de construção do conhecimento;
2. a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge da realidade concreta. Assim, os resultados de uma pesquisa em Ciências Sociais constituem-se sempre numa aproximação da realidade social que não pode ser reduzida a nenhum dado da pesquisa.

Em nosso estudo, conforme já foi mencionado, esse nível de interpretação se deu através da Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo (SP), onde se processou a síntese das informações obtidas junto à Equipe Técnico-administrativa.

Há dois níveis de interpretação:

- Nível das determinações fundamentais: diz respeito à conjuntura socioeconômica, política e cultural da qual faz parte a Clínica de Reprodução Humana Assistida do Estado de São Paulo, que representa a segunda maior renda *per capita* do Brasil e que desponta em relação aos outros Estados, em termos de procedimentos de RHA.
- Nível de interpretação: considera-se as comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a observação da clínica e o diário de campo.

Para tanto, foram realizadas as seguintes etapas:

- Mapeamento do material empírico obtido no trabalho de campo;
- A transcrição de gravações foi realizada por profissional isento (um transcritor foi pago pela presente pesquisadora);
- Releitura e organização dos relatos e do material empírico obtido pela observação participante;

- Análise do material empírico.

Viver é muito grande.
(ROSA, 2015).

“Ter um filho é muito grande.”⁴⁷

2.3 Análise do material empírico

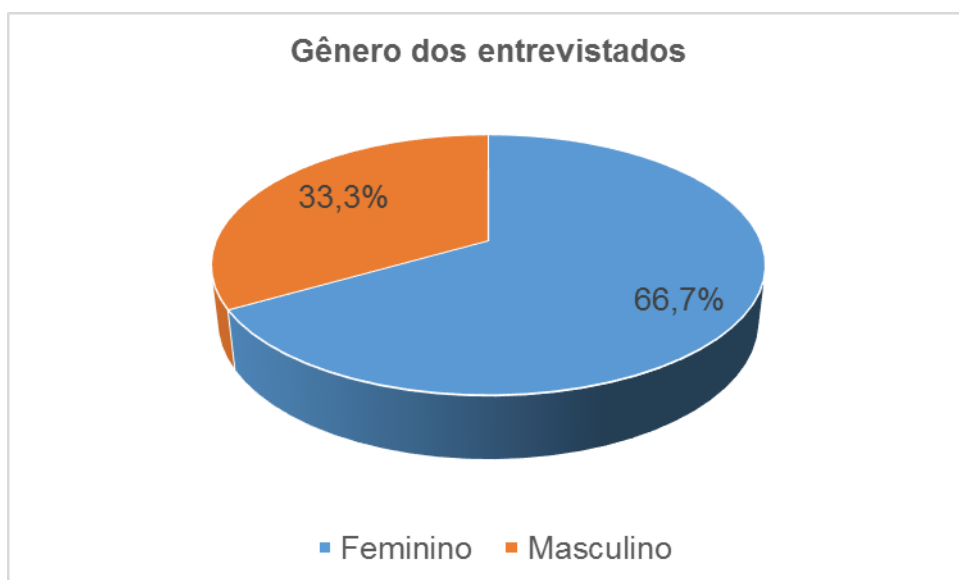
Foi possível aferir na análise do material empírico o perfil dos entrevistados e mais 13 categorias das entrevistas com a Equipe Técnico-administrativa da Clínica privada do Estado de São Paulo, em que foi realizada esta pesquisa.

Esta equipe resume-se em 02 médicos (Chaplin e Guimarães), 01 enfermeira (Kahlo), 01 auxiliar de enfermagem (Coralina), 02 embriologistas (Frida e Cora)⁴⁸.

Contudo, a auxiliar de enfermagem se negou à participação, alegando não ter contato com os pacientes e que não poderia em nada contribuir.

Do perfil dos entrevistados, contemplou-se sexo, idade e nível de escolaridade dos profissionais da equipe que foram entrevistados.

Gráfico 6 - Gênero dos entrevistados



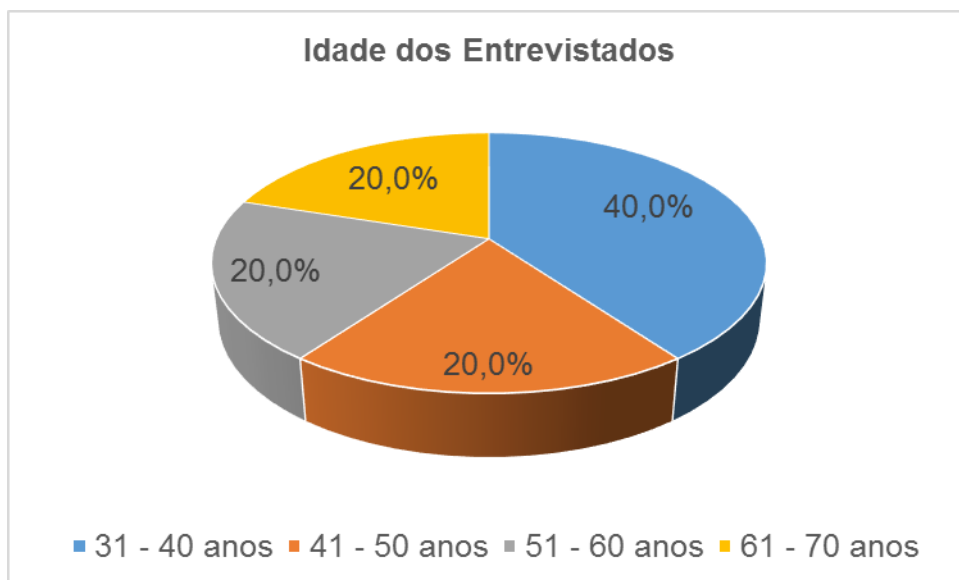
Fonte: Elaborado por Cynthia Silva Machado, a partir da pesquisa de campo.

⁴⁷ Frase obtida em entrevista durante a realização da pesquisa de campo.

⁴⁸ Os nomes são fictícios e foram inspirados nos autores das epígrafes desta dissertação.

No que se refere ao gênero dos entrevistados, 33,3% são masculinos e 66,7% do feminino.

Gráfico 7 – Idade dos entrevistados



Fonte: Elaborado por Cynthia Silva Machado, a partir da pesquisa de campo.

E quanto à idade dos mesmos, 40% tem entre 31 a 40 anos, 20% tem entre 41 a 50 anos, 20% tem entre 51 a 60 anos e 20% tem entre 61 a 70 anos.

Gráfico 8 – Escolaridade dos entrevistados

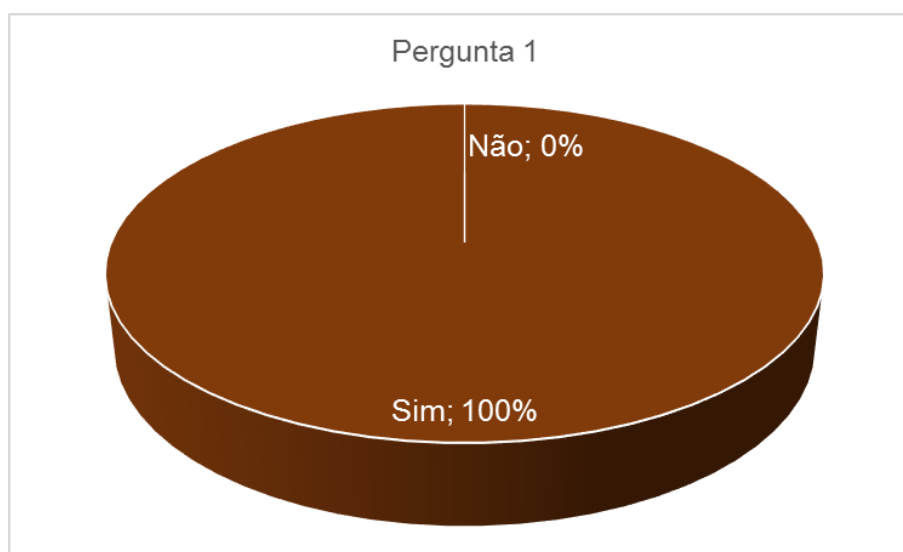


Fonte: Elaborado por Cynthia Silva Machado, a partir da pesquisa de campo.

Ainda dos entrevistados, a escolaridade é representada por 100% com nível superior. Por conseguinte, as entrevistas realizadas foram mapeadas em 13 tipos de categorias de análise.

1) Ao serem perguntados se os casais são esclarecidos quanto ao destino de seus embriões excedentes e das opções de doação realizadas por eles: Ver em gráfico abaixo:

Gráfico 9 – Pergunta 1



Fonte: Elaborado por Cynthia Silva Machado, a partir da pesquisa de campo.

A resposta a esta pergunta é unânime: todos os casais são esclarecidos quanto à doação em dois momentos. Muito embora na primeira consulta na clínica, realizada com o médico, os casais sejam informados sobre o tratamento a ser realizado, incluindo a possibilidade de produção de embriões excedentes e as opções de destinação aos seus embriões criopreservados, novamente, ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ele receberá uma nova explicação. Desta vez, de um outro membro da Equipe Técnico-administrativa.

Mesmo assim, avaliamos que sejam insuficientes tais explanações para uma eficácia na tomada de decisão do casal.

Os casais que destinam seus embriões excedentes e criopreservados optam primeiramente pela transferência para eles próprios, pois tal procedimento faz parte do tratamento.

Quanto a opção da doação para pesquisa de células-tronco, o que se sabe é que o que mais interfere nesta decisão do casal são as questões de âmbito religioso,

o que poderia ser, compreendido como os seus valores morais. Lembremos ainda que:

[...] é bem verdade que o campo religioso brasileiro é dominado pela matriz do cristianismo, uma vez que notamos que catolicismo e protestantismo abarcam 90% dos brasileiros afiliados a alguma religião em nosso país. A essa ampla maioria somam-se ainda outras religiões e movimentos que têm alcançado penetração e expressividade cada vez maiores. [...]. (SOUSA, 2013, p. 285).

A resposta da entrevistada Frida é bem esclarecedora para que entendamos a importância e a influência religiosa para alguns pacientes:

Eu tive paciente que primeiro trouxe a pastora para conversarmos e depois trouxe o marido.

2) Como o entrevistado percebe o aspecto da transferência para o próprio casal:

Os casais que tem embriões excedentes optam pela transferência para eles próprios,

[...] pois faz parte do tratamento, já é um pré-requisito do tratamento. (Kahlo).

Isto porque no ciclo em que ocorre a Fertilização *in vitro*, às vezes acontece do endométrio não estar receptível, pois as dosagens hormonais estão alteradas, fazendo com que as chances de uma gravidez diminuam ao mínimo, fazendo com que o profissional opte por não transferir o embrião naquele momento. Sendo assim os embriões são criopreservados para haver um preparo posterior no próximo ciclo ou em um subsequente quando os embriões serão descongelados e transferidos.

3) Quando indagados como percebem o aspecto da doação para casais inférteis:

No geral, a doação de um gameta, seja um óvulo ou um espermatozoide, é uma coisa que é parte sua, individual. Mas um embrião é uma decisão que deve ser tomada conjuntamente, mulher e marido. Alguns casais, perguntam se não podem decidir depois, mas é preciso indicar uma opção, explicamos. Assim a opção é sempre doação para pesquisa para a maioria dos casais. (Chaplin).

Parece que a questão da doação para outros casais traz muitas ressalvas para o doador.

4) Quanto à opção de doação para pesquisa de células-tronco:

Muito embora esta seja uma opção de doação que mais atraem os casais - pesquisa de células-tronco, soubemos na entrevista realizada com a entrevistada Cora que há uma “lacuna” para regulamentá-la no Brasil.

Esclarece:

Pois a Lei de Biossegurança (2005) permite que embriões congelados até 2005 possam ser doados para pesquisa. Os embriões inviáveis podem ser doados a qualquer momento.

Continua:

Mas o que é um embrião inviável? indaga, persistindo em seu pensamento e logo explica:

São aqueles embriões que apresentam alguma alteração, anomalias incompatíveis com a vida ou que levam ao não desenvolvimento do embrião e nem chegam a implantar no útero. Através de um exame de Diagnóstico Genético é possível detectar isto. Aqui na clínica nós temos este tipo de embrião, inviável.

Persiste em sua explicação:

Apesar de ter a Lei de 2005 (Lei de Biossegurança), a Anvisa vai se posicionar muito em breve sobre esta questão. Existe uma discussão no Pró-Núcleo (Associação Brasileira de Embriologistas), da qual faço parte que é a seguinte: apesar do casal assinar o TCLE para que o embrião seja doado para pesquisa, a clínica o mantém congelado, mas estes projetos não existem no momento, ou seja, projeto que receba embriões para pesquisa de células-tronco embrionárias. A Universidade de São Paulo (USP) já recebeu embriões para pesquisa, mas no presente momento não tenho conhecimento de um local que esteja aberto para a pesquisa, tendo um projeto bem regulamentado e aprovado pelo Comitê de Ética.

É possível perceber que há reticência ao término da fala desta entrevistada. Outro profissional responde enfaticamente:

Esse é outro destino que eu acho muito bonito também, pois confirma uma atitude altruísta. O destino de embrião para célula tronco é um altruísmo para a ciência e na nossa profissão, que lida com ciência e com essa parte tecnológica, assim sendo o nosso pensamento ele é muito cientificista. Então, quando eu vejo um casal doando um embrião para a ciência, eu

acho isso fantástico, maravilhoso porque novas descobertas vão se originar a partir de atos como este. Por isso eu acho fundamental!

5) Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram indagados no momento em que os casais assinam, qual a opção feita por eles:

Todavia os casais sejam “explicados didaticamente” de todas as opções para o caso de terem embriões excedentários, nas palavras de Kahlo:

É complexa a questão, pois o casal chega focado em alcançar um sonho, o bebê e a criopreservação é ainda uma intenção. O casal ainda não tem um embrião excedente.

Outro profissional entrevistado, de nome Guimarães ratifica que a explanação é realizada em dois momentos:

O paciente é informado por mim na consulta inicial e pelo Termo de Consentimento.

Soubemos através de outra entrevistada Frida que a paciente precisa indicar um possível destino para o embrião, havendo a opção, a princípio pela manutenção por tempo indeterminado. Mas, em alguns casos como divórcio ou morte de um dos cônjuges pode-se fazer uma outra opção posterior. Para isto, há um outro documento específico. Ratifica: “*Tudo é burocrático*”.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não é fixo, podendo ser alterado, caso o casal tenha mudado de ideia quanto a sua decisão.

6) Quando são perguntados pelo que seriam estes embriões, os entrevistados responderam:

São células totipotentes com material genético do casal. (Chaplin)

Se eu fosse definir em uma palavra os embriões excedentes, eu definiria como chance, eu definiria como tentativa. Eu vejo como um ser vivo, mas eu vejo como um ser vivo que não tem vida, é como se fosse uma semente que não está plantada, então eu não tenho este pensamento infantil, talvez a palavra não seria esta, mas eu não tenho esse pensamento ilusório que é um ser vivo que está congelado e que está passando frio, porque há muitos pacientes que perguntam até isso. Eu vejo como uma célula. (Guimarães).

Os sujeitos entrevistados deixaram registradas suas contribuições acerca da distinção dos dois pontos de vista: dos profissionais, bem como dos casais.

É mister que a conceituação biologicista é preponderante na visão dos profissionais, enquanto os casais imbuídos de emoção, podendo atribuir até mesmo características humanas ao embrião, como citado na fala acima, pais com medo de seu filho sentir frio estando criopreservado. Alguns casais chegam ainda a chamar os seus embriões por nomes.

7) Qual o significado de embrião/valor que você daria este embrião?

A possibilidade de uma nova gestação.

Essa foi a única temática que foi revelada com essa indagação.

8) Qual destino a Clínica dá ao embrião quando não se tem a transferência para o próprio casal?

A resposta sobre este item indagado foi enfática, ou seja, houve a predominância de respostas que orientavam no seguinte sentido:

A clínica mantém os embriões criopreservados até que o casal manifeste o desejo de descartar ou doar para pesquisa.

9) Se o sujeito da pesquisa compreende que há preconceito dos casais em relação à doação de seu embrião?

Eu não sei se a palavra é preconceito, mas eu acho que eu consigo perceber nitidamente dúvida, medo de estar fazendo uma escolha errada. São poucos os casais que tem uma cabeça é [...] como eu posso falar [...] menos conservadora talvez, porque existe muito essa ligação de filho, meu filho, meu gene, e isso é forte na maioria dos casais. (Chaplin).

Ainda reitera:

Eu acho que quanto mais a gente vai lidando com isso, quanto mais a gente vai conversando com casais que não conseguem ter filhos, quanto mais a gente sabe dos avanços da ciência em razão de embriões que são doados, vamos ficando menos conservador. Vamos ficando mais a favor dessas outras alternativas.

As informações sobre a criopreservação e doação de embriões no início do tratamento e ao assinarem o TCLE são insuficientes.

Muito embora alguns pacientes vêm mais preparados, mais esclarecidos, mais pesquisados. Outros chegam à Clínica totalmente sem perspectivas, sem noção. É o que reitera Kahlo em sua fala.

Ainda em sua opinião:

[...] eles vêm em busca de um filho. Didaticamente explicamos. É claro que são termos complicados para a pessoa, pois são termos técnicos. Usamos também um atlas ilustrado para explicar. Mas o mais importante é respeitarmos a visão deles, respeitar o sentimento deles e não engessar, porque cada casal é único, tem uma história, tem um jeito. Então não há regra para todo mundo.

Tem gente que fala que a doação de embriões é como doar sangue. Não é, não. O casal reluta um pouco em doar, apesar de ser anônimo porque tem uma coisa: Ah! Um embrião é um filho para o casal. Agora quando é destinado para pesquisa algumas pacientes acham legal.

10) Se é ético doação de embrião?

Eu não tenho dúvida nenhuma que a palavra ético cabe perfeitamente na doação de embriões, porque nós seguimos todas as normativas e regras, na parte de bioética no que diz respeito à RHA. Não tenho dúvida nenhuma que seja ético e legal. Agora, eu entendo que existem pessoas, principalmente pessoas que não são da área, pessoas mais leigas que pensam diferente de mim, mas não duvido que ético é sim! (Chaplin).

Outras respostas consoantes à primeira entrevista:

Para mim, não existe conflito nenhum. Eu concordo e aceito tudo que existe nas Resoluções éticas da RHA, tanto de embriões excedentes quanto na questão dos casais homoafetivos, por exemplo. A Resolução está bem formulada e é compatível com o que eu penso.

Sim, é uma adoção como qualquer outra. Se você aceita pegar uma criança para adoção, eu não vejo porque não seria ético a doação de embrião.

11) Se há algum impacto entre valores pessoais e sua prática profissional em sua relação ao destino de embriões excedentários?, conclui-se que:

É possível ainda averiguar que **não há conflito ético** e emocional na doação de embriões por parte da Equipe Técnico-administrativa e que as resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Conselho de Ética de Medicina regulamentam também uma pragmática ética na clínica pesquisada. Como é possível averiguar em algumas respostas:

Não há conflito. (Guimarães).

12) Ao serem indagados quanto aos sentimentos, eles percebem nos seus pacientes em relação à doação de embriões.

Aferiu-se, portanto:

A resposta da entrevistada Kahlo, pode exemplificar:

Nós, aqui da Clínica não tivemos pacientes que se posicionaram para direcionar seus embriões para doação para outro casal. Todos os casos foram transferidos para eles próprios e outros optaram para a pesquisa de células-tronco.

É uma doação de células. Eu vejo uma esperança para um casal que não pode, que tentou e não conseguiu, é uma esperança. Eu não vejo com maus olhos não. É uma doação que nem sempre vai gerar uma gestação. Vir a se tornar uma gestação já é uma outra questão.

Mas poucos pacientes que eu tive que doaram para pesquisa. Eu senti que eles foram pacientes que doaram com felicidade, pois sabiam o que estavam fazendo, não havia dúvida quando eles tomaram essa decisão. No entanto, percebi que eram casais que conseguiram o positivo no tratamento deles. Então eram casais que estavam preenchidos, as expectativas deles estavam preenchidas, o 'coração estava preenchido'. Eu acho que, quando você tem sucesso, é mais fácil você pensar no sucesso dos outros. Eu acho difícil o casal que deu negativo, doar os seus embriões, não sei se isso é fácil de acontecer, eu não acho que seja fácil. (Chaplin).

Compreendemos que o negativo e positivo que Chaplin se referia à gravidez positivada ou negativada.

Assim sendo, conseguir uma gravidez, na visão deste profissional faz com que a paciente ou o casal esteja com o “coração preenchido” ou feliz, como ainda conceitua e toma a decisão de doar o seu embrião, numa atitude altruísta, querendo ver o outro também feliz, bem, preenchido.

13) Ao serem inquiridos se há algum(uns) aspecto(s) que queiram mencionar e que não tenham sido abordados no diálogo e que considere importante(s), essencial(is) ou fundamental(is):

Eu só gostaria de reforçar que apesar de toda essa conversa, na minha visão, a doação de embriões não é uma alternativa que os casais buscam. Cada casal tem o seu porquê, tanto no aspecto religioso quanto no aspecto sentimental. Eu acho que cabe aos médicos simplesmente orientarem e acatarem as decisões dos casais, pois nós funcionamos como um canalizador de ideias ou de decisões do próprio casal, orientados. (Frida).

Muito embora tenhamos por certo que as entrevistas realizadas nesta pesquisa fossem um diálogo com intencionalidade e o que se fez neste estudo foi

capturar as nuances do objeto pesquisado, durante o processo de realização da pesquisa de campo outras informações e reflexões foram possíveis de serem apuradas sobre a Reprodução Humana Assistida, o que nos torna pesquisadores comprometidos também com estes aspectos.

Entre eles ressaltaremos:

- **A dificuldade dos homens de lidarem com a fator infertilidade**

Alguns homens, não todos, tendem a confundir infertilidade com a masculinidade, não havendo nenhuma ligação. Frente a isto, quando o fator da infertilidade é masculino é mais difícil do que quando se percebe haver causas de fatores femininos. A mulher toma todo o cuidado, ela não quer magoar, não quer atingir o marido, não quer mostrar que tem muita expectativa porque o problema é dele.

A percepção da entrevistada Kahlo é ainda reiterada:

Neste caso, quando o casal chega, o homem já passou pela fase da negação de ser investigado por exames, de se tratar e a mulher ficar tentando, insistindo. Decorrente disto demorando mais tempo para procurar tratamento, mas enfim quando o homem chega à Clínica já está predisposto a iniciar o tratamento.

- **A ciência impõe limites aos cientistas**, como bem exemplifica a entrevistada Cora:

A Ciência avançou muito, mas gente tem limite. Há coisas que a gente não sabe explicar. Hoje se consegue manter um embrião dentro de uma incubadora cinco dias e quais as razões de não vingar quando se transfere para o útero? Nós temos o domínio da técnica de fazer, do cultivo celular, mas na mutação, quando ele vai virar gatinha mesmo, vai entrar dentro do útero e grudar, aí o negócio pega.

Esta fala no nosso entendimento exemplifica um dos momentos de angústia vivenciados pelos profissionais que fazem a ciência.

E ratifica sua angústia quando conversamos sobre os seus sentimentos em relação ao seu trabalho:

*Eu tomo por mim, eu tento ser muito ética, é lógico, você pode perguntar:
Você não se apega? É difícil, não! Mas quando entra lá dentro, fazer tudo o que tem que ser feito e acabou, falo, converso, mas isso é*

coisa minha, porque aquilo lá é só uma celulinha. Mas você não pode se envolver muito porque se envolver com toda paciente [...] fica louca! É uma carga muito negativa em cima de você e sem contar que é assim [...] uma experiência que eu tive aqui nesta cidade. Bem, eu estava numa loja de bijouterias conversando com a moça e o estacionamento era no fundo da loja. Era possível entrar pelo fundo da loja e entrou um casal e me viu e logo saiu pela frente e foram embora. Nem no mesmo ambiente que eu, os pacientes costumam ficar porque eles não querem que ninguém saiba do tratamento.

A Reprodução Humana é uma seara ampla, inédita e fantástica e as palavras trazidas pela entrevistada Kahlo é possível vislumbrar o que pode significar a possibilidade de engravidar para alguém que traz no corpo a marca da infertilidade:

Ter um filho é muito grande.

A paciente que pronunciou tal frase trouxe nela os mais variados sentimentos como uma ferida narcísica aberta ao não poder procriar mas também a “glória” de poder gerar um filho graças à ciência. Ter um filho vale a pena, pois representa o crédito nas gerações futuras. Significa também que valeu a pena todo o tratamento e tudo o que ele exigiu para ter nos braços o tão esperado filho.

- **Sobre o percurso histórico da RHA no Brasil**, reitera a entrevistada Cora:

Na década de 80 do século XX o Ministério da Saúde tinha numa das primeiras RDC - Resolução da Diretoria Colegiada, que são as normativas que regem a Reprodução, a montagem de um serviço de Reprodução Humana em cada capital do Brasil. Não se chegou ao intento pelo alto custo deste projeto.

Curioso é que a proposta foi pensada a partir dos casais sorodiscordantes⁴⁹ e não daqueles que tinham dificuldade de engravidar. Importante ainda dizer que as Novas Técnicas de Reprodução Assistida (NTRHA) auxiliam em 90% o fator feminino e no caso de homens portadores do vírus, usa-se a técnica da lavagem, o que resolve em 99% fator masculino.

Lembrando que nesta década estavam surgindo as primeiras clínicas de RHA neste país.

⁴⁹ São considerados casais sorodiscordantes aqueles em que somente um dos parceiros tem alguma doença infectocontagiosa que pode ser transmitida por via sexual, impedindo a reprodução por vias naturais, sem que haja risco de contaminação pelo parceiro não infectado.

- **A reflexão da equipe acerca da dificuldade de regulamentação de doação de embrião da pesquisa de célula-tronco no Brasil**

A reflexão realizada pela equipe, especialmente a entrevistada Frida acerca do aspecto da doação para pesquisa de células-tronco no Brasil, apresenta “lacuna” para regulamentar este tipo de doação.

Esclarece:

Pois a Lei de Biossegurança (2005) permite que embriões congelados até 2005 possam ser doados para pesquisa. Os embriões inviáveis podem ser doados a qualquer momento.

Então pergunto para esclarecer: Mas o que é um embrião inviável?

Continua:

Indagada a entrevistada persiste em seu pensamento e logo explica: São aqueles embriões que apresentam alguma alteração, anomalias incompatíveis com a vida ou que levam ao não desenvolvimento do embrião e nem chegam a implantar no útero. Por um exame de Diagnóstico Genético é possível detectar isto. Aqui na clínica nós temos este tipo de embrião.

Persiste sua explicação:

Apesar de ter a lei de 2005, a Anvisa vai se posicionar muito em breve sobre esta questão. Existe uma discussão no Pró-Núcleo (Associação Brasileira de Embriologistas), da qual faço parte que é a seguinte: apesar do casal assinar o TCLE para que o embrião seja doado para pesquisa, a clínica o mantém congelado, mas estes projetos não existem no momento, ou seja, projeto que recebam embriões para pesquisa de células-tronco embrionárias.

Reitera:

A Universidade de São Paulo (USP) já recebeu embriões para pesquisa, mas no presente momento não tenho conhecimento de um local que esteja aberto para a pesquisa, tendo um projeto aprovado pelo Comitê de Ética bem regulamentado.

Tal entrevista termina com reticências, o que nos abre para muitas indagações.

A partir do momento que surgiu a Fertilização in vitro (FIV)⁵⁰, com o desenvolvimento da medicina, foram mudando também alguns conceitos acerca do embrião. Se procurarmos no dicionário o seu significado, é possível se ler que o embrião é um estado do ser humano em desenvolvimento intra uterino. Mas, sabemos que o embrião começa na Fertilização e a cada nova etapa ele tem uma outra denominação. Por exemplo, a Fertilização é o momento que se injeta o espermatozoide dentro do óvulo e no dia seguinte tem-se dois pronúcleos, masculino e feminino[...] assim, o embrião é material genético [...].

- **As reticências observadas nas entrevistas relatam todo o oculto que não se pôde falar ou por questão de tempo, ou por ausência de vínculos entre pesquisadora e entrevistado(a) ou pelo simples fato deste material estar ainda sendo processado na intelectualidade dos sujeitos entrevistados.**

Assim é emblemático dizer ainda que a doação de embriões é uma questão a ser trabalhada não só com os pacientes, que precisam se decidir quanto ao destino de seus embriões criopreservados, mas também em relação a efetivação do destino de embriões para a pesquisa de células-tronco.

⁵⁰ A Fertilização *in vitro* (FIV) é um procedimento utilizado para tratamento de diversas causas de infertilidade. Geralmente realiza-se uma estimulação ovariana com medicamentos injetáveis. Existem diversos protocolos de estímulo ovariano, cada um com indicação precisa para as diversas causas de infertilidade. Após o estímulo ovariano, os óvulos são captados por meio da punção guiada por ultrassom transvaginal e fertilizados por espermatozoides em ambiente laboratorial. Após 3 a 5 dias da Fertilização *in vitro*, os embriões são transferidos para o útero. Um ciclo de Fertilização *in vitro* leva cerca de duas semanas.



Fonte: Huxley (NETO, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS OU (IN)CONCLUSÕES

Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa inteligência, empedernidos e cruéis. Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido.
(CHARLES CHAPLIN apud ALMEIDA, M. J. A., 2011).

A explicação da figura antecedente às Considerações Finais ou (In) Conclusões dizem respeito ao Livro Admirável Mundo Novo (1932) e foi escolhido por expressar, embriões criopreservados em botijões de nitrogênio líquido e mantidos pela mais alta tecnologia.

Este estudo versou sobre a Ciência da Reprodução Humana Assistida e especificamente a doação de embriões. A importância do pensamento foi apreciada durante todo o percurso e no desfecho optamos por enfatizar quão poderoso ele é. Haja vista que nossas conclusões ou sugestões vislumbram a educação e por que não dizer, “o pensar” no sentido da elaboração como saída para quem vivencia a angústia da tomada de decisão do que fazer com os seus embriões criopreservados.

O pensamento que acreditamos é aquele que abre às indagações, que não se encerra em si mesmo.

Foram as indagações que motivaram a pesquisa e porque não motivará encerrá-la. As considerações finais contemplam proposições, sugestões, conclusões, mas muito mais indagações acerca do que se aprendeu ao se pesquisar Reprodução Humana Assistida (RHA) no âmbito da doação de embriões.

Isto posto, nossas considerações finais são acima de tudo, questionamentos, (in)conclusões acerca da temática RHA.

Antes de mais nada, lembremos de dois projetos científicos importantes da contemporaneidade que foram apenas descritos nesta dissertação, por serem convergentes à temática deste estudo. Mas, não o serão detalhadamente trabalhados por não fazerem parte deste campo de estudo sobre a Reprodução Humana Assistida. São eles: clonagem reprodutiva e mapeamento genético.

Clonagem reprodutiva

Clonagem é uma forma assexuada de reprodução, onde o indivíduo gerado tem a carga genética (DNA nuclear) de uma única pessoa (o doador do DNA). O processo, combina o DNA de um organismo com o citoplasma do óvulo de outro.

Desta forma, o indivíduo clonado tem o DNA nuclear igual ao do doador do núcleo, enquanto que o DNA mitocondrial é proveniente do óvulo.

Corolário interesse o que o mundo assistiu em 1997, quando o pesquisador Ian Wilmut (Reino Unido) publicou o resultado da primeira clonagem no mundo, com o nascimento da ovelha Dolly, em 1996, oriunda de uma célula de glândula mamária.

Foi no dia 17 de março de 2001, que o Brasil converteu-se no pioneiro da clonagem de animais na América Latina, com o nascimento de uma bezerra, batizada como Vitória da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA). Ela é fruto de um trabalho pioneiro do Centro de Recursos Genéticos e Biotecnologia (CENARGEN), instalado em Brasília e um dos 40 institutos da Embrapa. Vitória nasceu pesando 50 quilos. Foi desmamada aos sete meses e é “grande, mas normal”, segundo os parâmetros da raça Simental, de origem suíça, à qual pertence, segundo o veterinário Rodolfo Rumpf, coordenador do projeto. Tais avanços levaram o homem a vislumbrar como possibilidade a clonagem do homem, o que trouxe discussões acaloradas da ciência com a igreja e a sociedade.

Mapeamento Genético ou Projeto Genoma Humano

O mundo assistiu no século XXI ao que cientistas americanos anunciaram em abril/2003 da finalização de um megaprojeto tecnocientífico iniciado em 1990 que mapeou e sequenciou o genoma humano. O nome oficial deste megaprojeto é Projeto Genoma Humano (PGH), um marco na ciência pós-moderna.

O trabalho de mapeamento e análise do genoma é chamado de genômica, palavra também usada para designar uma nova ciência nascida do PGH. Mapear significa descobrir a localização de genes em um intervalo da sequência de nucleotídeos que compõem uma molécula de DNA. Sequenciar é descobrir em que ordem eles estão agrupados. Os trabalhos com o genoma revelaram que os genes que contém, efetivamente, instruções bioquímicas são entre 35 mil a 40 mil. (SOUZA, V. J., 2004, p. 24).

Entretanto, a pesquisa que nos moveu até aqui perfaz a temática da Reprodução Humana Assistida, considerando acima de tudo a amplitude e o ineditismo presente nesta seara.

Tantos sentimentos estão contidos na realidade de quem deseja um filho, também dos profissionais que trabalham na área e que experimentam a “glória” de

fazer um filho em quem até então sofria com o diagnóstico de infertilidade, mas também precisa lidar com os irrespondíveis limites impostos pela ciência.

Não há como ignorar que o ser humano é bio-psico-social-cultural-espiritual e assim a visão que poderia abarcá-lo é tão somente, uma visão holística, compreendendo a imensidão de seu universo.

Assim, esta pesquisa se propôs a olhar o lado emocional e ético da Reprodução Humana Assistida, mais especificamente a doação de embriões, dos casais que precisam se decidir quanto à sua destinação.

No Brasil, a especialização médica que ajuda casais com dificuldade de engravidar – reprodução assistida – é regida pela última Resolução nº. 2.013/13, do Conselho Federal de Medicina (CFM) dentre quatro outras existentes neste país, pelo Código de Ética Médica, promulgado pelo mesmo Conselho, e pela Lei nº. 11.105/05, conhecida como Lei de Biossegurança.

Salientando que tramitam no Congresso Nacional, há anos, 04 projetos de lei a respeito do assunto, mas nenhum deles chegou a termo. São eles: nº. 2.855/1997, nº. 1.184/2203, nº. 2.061/2203, nº. 120/2003.

Mormente exista em outros países do mundo leis específicas que regulem a RHA, como é o caso dos Estados Unidos, Nova Zelândia, Austrália. Contudo, no Brasil há ao seu dispor apenas uma lei da engenharia genética e se vê diante dos desafios éticos a que abarcam o cotidiano das Clínicas/Serviços da Reprodução Humana Assistida (RHA).

Estas resoluções do CFM aludem sobre os direitos e deveres de médicos e pacientes, além de fornecerem orientações específicas sobre os tratamentos. Situações como número de embriões transferidos a cada tentativa, doações de óvulos e espermatozoides, barriga solidária (conhecida como barriga de aluguel), pesquisas envolvendo material genético, congelamento de gametas, entre muitos outros, são tratadas em suas linhas. Entretanto, há desconsideração aos significados, significações, sentimentos dos sujeitos envolvidos em tais procedimentos.

A relevância destas resoluções deve-se à RHA ser um “buraco negro” por não contar com legislação, pois várias são as questões pertinentes a mesma, como exemplo casais homoafetivos que ficavam descobertos até a resolução de 2013. Manter a limitação da idade das candidatas à gestação de RHA até 50 anos foi

primordial, com o objetivo de preservar a saúde da mulher, que poderá ter uma série de complicações no período gravídico, foi um motivo da Resolução nº. 2.121/15.

Diante da problemática da infertilidade que atinge homens e mulheres é notável constatar que os homens mantêm uma postura de preconceito, diferentemente das mulheres em relação ao tratamento de Reprodução Humana Assistida. Constatou-se que infertilidade, para muitos homens é confundida com virilidade, o que é um engodo. Quando o fator da infertilidade é diagnosticado nos homens, tende a ser mais difícil lidar, já que geralmente apresentam dificuldade em enfrentarem tal problema, o que poderia ainda ser traduzido como “fantasma” e depois se disporem ao tratamento. Suas mulheres mantêm uma postura cautelosa não falando muito do assunto para não magoarem, tentando amenizar o sofrimento deles.

Outro ponto curioso é que a iniciativa para se começar um tratamento nas Clínicas de RHA é sempre da mulher. Ela é que procura pelo tratamento e traz o seu companheiro para tratamento.

É de se esperar então, que os casais já cheguem à clínica com uma vivência de fragilidade, mas também de coragem, pois passaram por outros profissionais ginecologistas, urologistas⁵¹, andrologistas⁵² e vivenciaram decepções e frustrações de possíveis gravidezes. Há muita expectativa do casal que chega à clínica.

Acompanhando um pouco o histórico desta temática no mundo, é possível perceber o quanto tem sido produtivo a área da reprodução humana em contrapartida à carência de legislações ordinárias que rejam essa matéria no Brasil.

Dolly como a primeira clonagem abriu dilemas éticos importantes, o que fez a sociedade se acalorar em discussões.

A bioética, como Ciências da Saúde, surgiu para se haver com as questões cotidianas de ordem ética concernentes a esta disciplina, mas a discussão é que ela não é socializada com a população.

Enfatizamos que os critérios adotados em nosso estudo para definir o porquê as pessoas não doarem os seus embriões foram pela vertente psicossocial.

⁵¹ Médico especialista em urologia, uma especialidade que trata do trato urinário de homens e de mulheres e do sistema reprodutor dos homens.

⁵² Especialista no sistema reprodutor masculino. A andrologia estuda a saúde do homem, mais especificamente as funções reprodutoras e sexuais masculinas. Um andrologista realiza diagnósticos e prognósticos referentes a aspectos anatômicos, urológicos, biológicos e psíquicos do fator sexual masculino.

No trabalho de pesquisa bibliográfica que deu ao longo de todo este estudo, constatamos escassez de pesquisas, tendo como foco a decisão do destino de embriões, ressaltando o âmbito emocional, o que não é prerrogativa do Brasil. Também em países como Austrália e Nova Zelândia há esta infeliz constatação como ratificou o trabalho de pesquisadoras Sonja Goedeke e Deborah Payne da Universidade Auckland da Nova Zelândia (GOEDEKE; PAYNE, 2009).

Em sua pesquisa Goedeke e Payne (2009) trabalharam explorando as perspectivas de doadores e receptores para doação de embrião.

Por conseguinte, foi possível apreciação de trabalhos desenvolvidos por pesquisadores psicólogas ou psicanalistas na área a que esta pesquisa procede como: Simone Perelson da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Sonja Goedeke e Deborah Payne da Universidade Auckland da Nova Zelândia, Catherine A. McMahon, Frances L. Gibson, Garth I. Leslie, Douglas M. Saunders, Katherine A. Porter e Christopher C. Tennant da Universidade da Austrália, dentre outros.

E nos trabalhos apresentados pelas pesquisadoras neozelandesas, bem como em nosso estudo constatou-se que o *status* do embrião é preponderante, o que define a relação do doador com o embrião.

Havendo uma produção de embriões, sabemos que os mesmos podem ser criopreservados e que seu destino pode ser:

- Transferência para o próprio casal,
- Doação para outro casal em situação de infertilidade,
- Doação para pesquisa de células-tronco.

Quanto ao número de embriões transferidos para o próprio casal, consta na Resolução nº. 2.2121/2015 do CFM:

O número de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, fazem-se as seguintes determinações de acordo com a idade:

- a) mulheres até 35 anos: até 2 embriões;
- b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões;
- c) mulheres com 40 anos ou mais: até 4 embriões;
- d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.

O momento em que o casal decide acerca do destino de seu embrião criopreservado, seja para outros casais em situação de infertilidade ou para a

pesquisa com células-tronco traz dilemas sociais, religiosos, emocionais, culturais e éticos, “[...] acompanhados de sentimentos de preocupação, tristeza, dúvidas.” (GOEDEKE; PAYNE, 2009, p. 1940).

Especificamente em relação à pesquisa com células-tronco um dos desafios “bioéticos” é o desenvolvimento de pesquisas com embriões humanos de forma ética e transparente.

Em nosso estudo, ao acessarmos as informações do último Relatório do Banco de Dados do Brasil onde constam informações dos embriões nas Clínicas/Serviços - SisEmbrio/ANVISA (18/02/2016 - foi possível aferir que o *lôcus* espacial, o Estado de São Paulo, representa a segunda maior renda *per capita* do Brasil, sendo o Estado com maior preponderância nos procedimentos da Reprodução Humana Assistida do país. Além disso, consta com itens como:

- **Congelamento ou criopreservação de embriões**, há 67.359 embriões criopreservados no **Brasil** para 31.434 no **Estado de São Paulo**. Este número total equivale a 53,3% de embriões no Brasil para 46,7% no Estado de São Paulo.

A análise que realizamos nos 02 últimos Relatórios SisEmbrio/ANVISA (8º com base em dados de 2007 a 2014 e o 9º que referem-se ao ano de 2015) constatamos **não haver nenhum registro quanto a doação de embriões para outros casais**.

Antes de descrevermos a síntese da análise de material empírico onde constam 05 mega categorias, ou fusão de sínteses, ressaltamos que a clínica privada de Reprodução Humana Assistida, no Estado de São Paulo, concordou em participar desta pesquisa de mestrado desde que permanecesse no anonimato.

Para tanto, foi possível a realização da pesquisa de campo em relação aos entrevistados para efeito de elucidação de seu perfil como consta no material empírico (análise de material empírico).

Todos os entrevistados que participaram da pesquisa têm nível superior, sendo a maioria, mulheres representadas por 66,66% da Equipe que foi entrevistada e quanto à faixa etária: 40% tem entre 31 a 40 anos, 20% tem entre 41 a 50 anos, 20% tem entre 51 a 60 anos e 20% tem entre 61 a 70 anos.

Segue a síntese do material empírico:

1. **Quanto ao casal que é informado da doação de embrião, tendo em vista que ele possa ser três destinos a saber: transferência para o**

próprio casal, doação para pesquisa de células-tronco ou doação para outros casais inférteis.

Muito embora na primeira consulta com o médico da clínica, os casais são informados à assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com um membro da Equipe Técnico-administrativa, quanto às opções de destinação possíveis aos seus embriões criopreservados, avaliamos que é insuficiente para que seja eficaz a sua tomada de decisão.

Todavia os casais sejam “explicados didaticamente” de todas as opções para o caso de terem embriões excedentários, a expectativa de terem um filho, de terem realizado este sonho é tamanha que a criopreservação de um embrião é apenas uma intenção, o que não é possível se pensar concretamente e muito menos decidir acerca disto. Fica claro que muito embora haja explicações didáticas com recursos de atlas⁵³ eles se fazem insuficientes.

É necessário se trabalhar primeiramente sentimentos como ansiedade, expectativa, angústia, dentre outros, e somente após este trabalho a informação acerca da criopreservação de embriões, importância da doação de embriões, Pesquisa de células-tronco poderia advir.

A compreensão dos casais em relação à doação de seus embriões está para além da racionalidade é o que se pode concluir das respostas advindas desta questão.

Para tanto, compreendemos que mesmo que esta equipe se coloque ao dispor de futuras explanações, a questão da decisão parece ser mesmo assim complexa e mais que racional, pois passa primeiramente pelo entendimento, depois pela compreensão, que estaria no âmbito racional e depois pelas emoções vividas pelo casal. Enfim, há uma elaboração que precisa ser realizada pelo casal, considerando as significações que ele atribui ao embrião, bem como as vivências pessoais acerca da questão da doação.

Ainda para a discussão, trazemos à tona o Princípio da Autonomia, um dos 04 princípios que rege a Bioética, tendo pilares: a informação, a compreensão e a voluntariedade. Assim, fica evidente que a informação somente não garante a Autonomia do casal quanto esta decisão.

⁵³ Material didático usado pela clínica onde foi realizada esta pesquisa de campo.

Em relação ao destino dado ao embrião, a pesquisa de células-tronco fica como uma segunda opção. A transferência para o próprio casal é a escolha de 100%, tendo em vista que faz parte do protocolo de tratamento proposto pela clínica.

Quais as reais razões de não se terem aprovados projetos para a pesquisa de células-tronco no Brasil? burocracia, desinteresse político, lógica do mercado?

Em nossa conversa com intencionalidade (entrevista) foi ainda possível compreender que quando um projeto de pesquisa de células-tronco está em andamento, há solicitação para que as Clínicas de RHA enviem estes embriões para a pesquisa.

2. Qual é o valor/significado atribuído ao embrião pela Equipe Técnico-administrativa?

Das entrevistas realizadas foi possível averiguar que o valor ou significado atribuído ao embrião pela Equipe Técnico-administrativa difere do valor atribuído ao mesmo pelo casal.

É ressaltante dizer que por mais que os profissionais da Equipe Técnico-administrativa se sensibilizem com os casais que vivem o dilema da decisão do destino de seus embriões, e um deles até “converse e cante” para estes embriões mantidos em botijões de nitrogênio líquido na torcida de que venham “vingar” à vida, não colocam mais que a sua humanidade e sentimentos na causa de seus pacientes. Como compreendem o embrião criopreservado persiste numa conceituação/terminologia biologicista. E a relação que mantém com os mesmos está também neste nível de compreensão. Todavia, se humanizam com a pessoa que atendem, compreendendo sua dor e sua “causa”, fazendo uma ciência mais humana.

É notório que na resposta de uma das entrevistadas há uma “torcida” para que este embrião em ambiente propício-útero - venha a ser tornar um ser vivo, ou seja, um futuro filho para o casal, muito embora estes profissionais saibam que o embrião nada mais é que um material genético com potencial de gerar um ser humano.

Sabe-se a partir das entrevistas realizadas que o aspecto do vínculo afetivo entre casal e embrião aparece como uma questão.

O trabalho apresentado pelas pesquisadoras neozelandesas ratifica o nosso estudo, no que diz respeito à percepção dos profissionais da Equipe Técnico-administrativa em relação ao significado do embrião para o casal.

Assim, vejamos a pesquisa das referidas neozelandesas:

Perceber que o valor de um filho atribuído ao embrião, levou a alguns possíveis doadores a não suportarem o pensamento de seus filhos genéticos serem gerados dentro de outra família, não conhecê-los ou tê-los transformados até inesperadamente. Outros pesquisadores sugeriram que aqueles que percebem no psicossocial as dimensões de funcionamento familiar podem estar mais inclinados a doar em contraste com aqueles que veem os genes como definição de paternidade. (GOEDEKE; PAYNE, 2009).

E nosso estudo fica evidente que a dificuldade em doar o seu embrião está diretamente relacionada ao vínculo estabelecido entre o casal e o “material genético” como é significado pelos profissionais da Equipe Técnico-administrativa da clínica pesquisada ou com o “filho em potencial”, significado atribuído ao mesmo pelo casal supostamente doador.

Em relação ao aspecto embriões excedentários:

Atualmente, diante de tremendo avanço experimentado pela medicina, podemos observar a partir da pesquisa de campo que a criopreservação ou congelamento de embriões, advinda da técnica de Fertilização *in vitro* veio para agregar valores na Reprodução Humana Assistida, já se falando em congelamento de tecido ovariano.

No entanto vemos que os casais ainda têm receio ou preconceito em relação à doação de seus embriões excedentes, vislumbrando o quanto a religiosidade é forte para alguns pacientes, talvez até preponderante.

A sugestão a partir do que se observa nas entrevistas é que a realização de um trabalho de conscientização da importância da doação de embriões faz-se necessária.

Outra questão que se configura um problema para as clínicas é o abandono de embriões excedentes, que ocorre quando o casal já se sentindo realizado com a experiência de ter filhos, deixa de pagar a taxa de manutenção de criopreservação.

Constatamos assim, a orfandade de alguns embriões, pois os mesmos já não são lembrados a não ser quando há um boleto da clínica para pagamento de congelamento.

Geneviève Delaisi de Parseval, psicanalista francesa os nomeia “[...] exército de embriões órfãos ou órfãos congelados.” (DELAISI apud PERELSON; HASKY, 2015, p. 19). E Simone Perelson (2009), ainda nos desperta para um significado

ainda mais alarmante: “Alguém meio coisa ou algo meio homem, na suspensão entre a vida e a morte, entre a humanização e a destruição – os embriões excedentes são de fato as sobras, o resto inassimilável do processo reprodutivo.” (PERELSON, 2009, p. 822-833).

Isto posto, é patente que aos centros/clínicas ou serviço de RHA é dada a incumbência de lidar eticamente com os embriões esquecidos/abandonados. É quando, o embrião, passa a ser um estorvo para estes centros.

O abandono deles é uma questão bioética colocada à baila. Lembrando que os custos de manutenção destes embriões nas clínicas são altos.

Quanto à postergação da doação de embriões, sugerimos que esteja também ligada ao que Zygmunt Bauman (2001, p. 192) nos ensina: “Vivemos numa sociedade de ‘valores voláteis’, despreocupada com o futuro, egoísta e hedonista”, e que é sustentada pela ética do consumo, problematizamos se a produção de bebês não estaria também alicerçada nesta ética.

A pós-modernidade é uma versão “liquefeita”, “fluida”, dispersa, espalhada e desregulada da modernidade que pode implicar desengajamento e enfraquecimento dos laços afetivos, é o que nos ensina Bauman (2001).

Uma entrevistada ainda vislumbra uma mudança cultural em nossa sociedade, tendo em vista que a questão da infertilidade está diretamente ligada a um modo de vida muito próprio desta época. Estamos falando da interferência do momento em que a mulher se sente preparada para engravidar, mas está inversamente ligada ao declínio de sua fertilidade.

Chama a nossa atenção um comentário de uma outra entrevistada quando aponta que a mulher brasileira está engravidando nos dois extremos: por volta dos 15 e depois dos 40 anos, não sendo nenhum dos dois momentos, aconselhável.

Decorrente a isto, por volta dos 35 anos, quando ela se sente realizada profissionalmente e mais amadurecida para ser mãe, ela se dá conta de seus óvulos já contam com uma taxa de envelhecimento desfavorável. Lembrando que este índice vai incisivamente aumentando proporcionalmente com sua idade cronológica, contrário da idade que muitas vezes apresenta emocionalmente e em termos de amadurecimento. A ansiedade para ser mãe também aumenta drasticamente em alguns casos pela tensão vivida no desejo de ser mãe e na dureza em que se compreende um envelhecimento biológico desproporcional ao que os tempos modernos oferece: a ilusão da aparência mais jovem do que se é. Haja vista, o que

a Cirurgia Plástica, Dermatologia, Moda, Condicionamento Físico, dentre outros nos oferece.

A Reprodução Humana Assistida pode representar uma esperança em quem sofre de uma “dor narcísica” da infertilidade, mas não é a solução para tudo. Ela também pode ser usada como um marketing destes novos tempos: a ilusão do controle do envelhecimento do próprio corpo. Um engodo, pois ela também tem limites. Mesmo que grandes alternativas como: barriga solitária ou adoção de material genético, tanto que a última Resolução do Conselho Federal de Medicina limitou a idade de 50 anos para uma mulher se submeter a um procedimento de RHA.

Portanto, o que se propõe é que estas explanações possam ocorrer de forma mais educativa desde o início do tratamento visando à importância da doação de embriões para outros casais em situação de infertilidade bem como para pesquisa de células-tronco embrionária, visando a romper com preconceitos, ou seja, um conceito não elaborado.

Além disso, é essencial que haja o acompanhamento desses casais por profissionais de áreas afins à Psicologia quando as questões de âmbito emocional serão trabalhadas, tendo em vista que a razão dos casais não doarem seus embriões deve-se em especial, ao vínculo estabelecido com o material genético. As questões morais, éticas, religiosas, psicológicas, culturais, sociais estão em voga neste tipo de eles, bem como um posicionamento subjetivo do casal frente ao investimento emocional, financeiro, no tratamento, tendo em vista suas expectativas, angústias, sofrimentos, dentre outros.

É forçoso ainda dizer que a função do profissional em Psicologia é, primordialmente, a de oferecer espaço de reflexão para as questões emocionais e de conscientização da importância da doação.

Por conseguinte, o lado mais humano dos profissionais que fazem a ciência aparece no tratamento, que são os seus sentimentos de angústia, de impotência, de frustração, de decepção, de tristeza que também fazem parte da prática clínica e que devem ser trabalhados.

Não podemos passar incólumes ao que há de mais humano nos profissionais que fazem a ciência na Reprodução Humana Assistida.

São dois vieses da humanidade da Equipe Técnico-administrativa que deve ser considerada: um são os seus sentimentos pessoais em relação à toda vivência

clínica e o outro são os sentimentos em relação à aposta que fazem no tratamento do paciente, na aposta que o ser vivo vale tanto a pena que é preciso replicar a vida.

Outro dado importante a ser pontuado são as fantasias que podem fazer parte das vivências dos pacientes. O que pode ser lido acima faz parte de um meandro imaginário. É também possível perceber na literatura estudada casais que fantasiam que seus filhos podem sofrer *bullying* na escola por serem bebês de proveta e por nesta razão escondem de todos o fato de terem sido submetidos a este tipo de tratamento.

Conclui-se quão difícil é ignorar o emocional a que são submetidos pacientes e profissionais envolvidos neste tratamento.

Frente a esta realidade se torna relevante pensar a criação da ciência com uma ação humana, ou seja, a intervenção do homem no reino da natureza, naquilo que é natural, trazendo à tona conceitos aprendidos com Hannah Arendt, como por exemplo o conceito de ação. Um processo humano que só pode ser praticado pelos homens. “[...] é a faculdade humana de agir, de iniciar processos novos e sem precedentes, cujo resultado é incerto e imprevisível, quer sejam desencadeados na esfera humana ou no reino da natureza.” (ARENDR, 2000, p. 243).

Pois quando trabalhamos e pensamos sobre seres humanos, considerações sentimentos, emoções, fragilidades, sonhos, pulsões, dentre outros.

Quando os profissionais conseguem transparecer a sua humanidade, compreende e mais, conseguem perceber o paciente em suas fragilidades, eles estão apostando e fazendo uma ciência menos inumana, menos cartesiana, menos pragmática.

Enfatizemos que ciência, sob o ponto de vista cartesiano, tende a ver o ser humano de forma compartimentada sob perspectivas reducionistas.

Compreender o homem para além daquilo que ele apresenta, o sintoma, a dor, a doença, o desejo da parentalidade, ou seja, uma parte fragmentada, é poder compreender o SER HUMANO como ser inesgotável em suas potencialidades. Para além do que apresenta de biológico, o ser é psico, social, espiritual e dinâmico.

Ter uma visão humanitária para além de propostas científicas moderníssimas como: Criopreservação de Embriões, Preservação da Fertilidade, Diagnóstico Genético Pré-implantacional, Tipagem Genética, entre outros é o desafio a que

estes homens cientistas podem se ver submetidos. Este é enlace da bioética com a Reprodução Humana Assistida.

Às conclusões advindas de uma pesquisa realizada por pesquisadores da Universidade da Austrália ratificam nosso posicionamento. *“Findings indicate a need for tailored education and counselling about embryo donation for medical research”* (“As conclusões indicam a necessidade de educação sob medida e aconselhamento sobre a doação de embriões para pesquisa médica.”) (MCMAHON et al., 2003, p. 871).

Pois é certo, ao concluirmos pelo exposto, que a perspectiva que deve sustentar uma pesquisa teórico-crítica é a realidade social, sendo notório que as categorias vão se desvelando no decorrer do processo de construção da pesquisa. As categorias apresentadas perpassam o viés deste desvelamento do universo da pesquisa. Assim, quando o pesquisador as identifica também é desafiado a inovar e ir adiante com a sua proposta de pesquisa.

Esta mesma pesquisadora, como sujeito ativo do processo de construção de conhecimento ao se deparar com nuances de desafios na pesquisa, há de se perguntar acerca daquilo que o(a) move até o momento de encerramento de seu trabalho de pesquisa e qual a realidade é elucidada por trás daquilo que se apresenta. Estas nuances perpassam a ética, a política, a cultura e o econômico, desvelando algo no universo da pesquisa, tornando-se parte do processo de construção da pesquisa científica. Não só na perspectiva da ciência cartesiana, mas sim trazendo outros paradigmas para a ciência hodierno, ou seja, por exemplo o paradigma proposto por Boaventura de Sousa Santos: “Uma ciência prudente para uma vida decente”, ou mesmo, outros paradigmas que superem o entendimento da “ciência de ponta” como apenas tributo de valor financeiro e valor econômico.⁵⁴

Ressalta Bourguignon (2006, p. 43) “[...] que o conhecimento humano tem caráter histórico, sendo adquirido e conquistado”, e ainda reconstruído e abstraído a partir de uma realidade concreta. Assim sendo, os pontos de desafios éticos, políticos, culturais e econômicos fazem parte do contexto da pesquisa e não devem ser apenas alusões, mas também analisados como categorias da pesquisa e como tal serem problematizados.

⁵⁴ Material didático advindo de orientações no ano de 2016, com a professora Dra. Helen Barbosa Raiz Engler. O livro citado nestas orientações refere-se a: (Santos, 2004).

Ainda reitera Bourguignon (2006), que a inserção do pesquisador no real social o faz buscar o novo, a superação, o original e a possibilidade de recriação.

Averiguou-se que embora a Reprodução Humana Assistida represente um avanço em termos de ciência, trazendo esperança para pessoas que sofrem o jugo da infertilidade, também é preciso a compreensão de que há o que caminhar em termos de humanidade, não ignorando que há também interesses econômicos por trás daquilo propõe a ciência.

Assim, está pesquisadora ainda acrescentaria a indústria farmacêutica que lucra com o sofrimento de enfermos e, porque não dizer, de pessoas inférteis também.

Haja vista que o que está em pauta na sociedade pós-moderna é a “lógica da rentabilidade”. Termo trabalhado por Viviane Forrester (1997) e que nos apropriamos aqui para manifestar nossa indignação quando nos deparamos com questões a que a Bioética precisa também se debruçar. Fica então a pergunta: Qual é o valor do humano em meio a esta lógica?

Para tanto, ainda não podemos dizer que quem sofre com a infertilidade e sonha com um filho no colo pode aceder à sua realização através das Novas Técnicas de Reprodução Humana Assistida (NTRHA), pois este ainda é um sonho pouco realizável para muitos.

Firmados no que a tecnociência nos apresenta em termos de avanços, mas cômicos de um questionamento, escolhemos pensar o futuro a partir de uma ciência mais humana.

Assim, elegemos o pensamento acima de tudo e foi isso que buscamos apresentar nesse trabalho porque “Viver é muito grande”.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, Lúcio. Projeto de Lei n. 1.184, 3 de junho de 2003. Dispõe sobre a Reprodução Assistida. **Diário da Câmara de Deputados**, Brasília, DF, 8 jul. 2003. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=118275>>. Acesso em: 15 jan. 2016.
- ALMEIDA, Marcos. **Iniciação à bioética**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- ALMEIDA, Maria Juliana Andrade **As representações sociais de pais sobre a pensão alimentícia: entre a ajuda e o direito**. 2011. 151 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2011.
- ANDERY, Maria Amália et al. **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica**. 15. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- ANVISA. RDC nº. 29, de 12 de maio de 2008. Aprova o Regulamento técnico para o cadastramento nacional dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG) e o envio da informação de produção de embriões humanos produzidos por Fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 maio 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0013_24_02_2012.html>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- _____. RDC nº. 23, de 27 de maio de 2011. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 maio 2011. Disponível em: <<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/122-arquitetura-de-projetos-de-saude?download=1072:resolucao-rdc-n-23-2011-banco-de-celulas-e-tecidos-germinativos-bctg-republicada>>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- _____. **SisEmbrio: 9º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33840/2817584/9%C2%BA+Relat%C3%B3rio+do+Sistema+Nacional+de+Produ%C3%A7%C3%A3o+de+Embri%C3%B5es+-+SisEmbrio/94d6467b-0a32-4277-8933-36c701900314>>. Acesso em: 10 maio 2016.
- ALVES, José Eustáquio Diniz. **As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006. (Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas; n. 21).
- ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. **Entre o passado e o futuro**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.

ATLAN, Henri; BAUM, Myléne Bothol. **Dos embriões aos homens**. Tradução de Leandro Neves Cardim. Aparecida: Ed. Santuário, 2009.

ATLAN, Henri. **A ciência é inumana?** Ensaio sobre a livre necessidade. Tradução de Edgard de Assis Carvalho. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. **O útero artificial**. Tradução de Ana Maria André. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

BADALOTTI, Mariângela. Bioética e reprodução assistida. In: CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria; GERHARDT, Marília. (Coord.). **Bioética: uma visão panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

_____. Aspectos bioéticos da reprodução assistida no tratamento da infertilidade conjugal. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 478-485, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/54-04/022-732_bioetica_aspectos.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2015.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARROS, Manoel. **O livro sobre nada**. Rio de Janeiro: Record, 1996.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. **Vida líquida**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

BELLA, Gianluca Maria. A fecundação medicalmente assistida entre “direito” e “ética” na época da tecnologia. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, DF, ano 46, n. 182, p. 89-99, abr./jun. 2009.

BORGES, Stella. Ex-médico Roger Abdelmassih é indiciado por mais 37 crimes. **Globo**, Rio de Janeiro, 26 jun. 2016. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/ex-medico-roger-abdelmassih-indiciado-por-mais-37-crimes-19584789#ixzz4JbZuRn1v>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. O processo da pesquisa e suas implicações teórico-metodológicas e sociais. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 6, n. 1, p. 42-52, 2006.

BRAUNER, Maria Cláudia. **Novas tecnologias reprodutivas e projeto parental: contribuição para o debate no direito brasileiro**. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/repbrau.htm>>. Acesso em: 12 set. 2015.

BRASIL. Lei nº. 6. 437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6437.htm>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BRASIL. Lei n. 8.560, de 29 de dezembro de 1992. Regula a investigação de paternidade dos filhos havidos fora do casamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8560.htm>. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. Lei nº. 11.105, de 25 de março de 2005. Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mar. 2005a. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11105.htm>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. Decreto nº. 5.591, de 22 de novembro de 2005. Regulamenta dispositivos da Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005, que regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 nov. 2005b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/Decreto/D5591.htm>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BRUNET, Pierre (Org.). **Dicionários de mitos literários**. Brasília, DF: José Olympio : Ed. UnB, 1998.

BURKE, Ana. Religião: Bíblia Judaica diz: Lilith, a primeira mulher de Adão. **Brazil News**, [S.l.], 12 set. 2013. Disponível em: <<http://brazilnewsbr.blogspot.com.br/2013/12/religiao-biblia-judaica-diz-lilith.html>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

CALEIRO, João Pedro. Os 7 estados com renda per capita acima da média. **Exame**, São Paulo, 26 fev. 2015. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/economia/album-de-fotos/os-7-estados-com-renda-per-capita-acima-da-media>>. Acesso em: 18 set. 2015.

CAMARGO, Renata Panizza. Panorama nacional da infertilidade. In: MELAMED, Rose Massaro et al. (Col.). **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. Santos: Grupo Gen, 2009.

CARVALHO NETO, Cacildo Teixeira; ENGLER, Helen Barbosa Raiz. A ética na pesquisa nas ciências sociais sob a ótica do serviço social. In: OLIVEIRA, Sheila Fernandes Pimenta e; FONSECA, Genaro Alvarenga; SILVA, Welton Roberto.

(Org.). **Educação e desenvolvimento regional**: diálogos, construções e (re)significações. Franca: Uni-FACEF, 2015. v. 1.

CAVAGNA, Mário. Ética e bioética em Reprodução Humana Assistida. In: MELAMED, Rose Massaro et al. (Col.). **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. Santos: Grupo Gen, 2009.

CESARIN, Selma Aparecida; HOSSNE, Willian Saad. Desobediência civil à luz dos referenciais da bioética: em destaque - o referencial da justiça. **Bioethikos**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 127-138, jan./jun. 2009.

CFM. Resolução CFM nº. 1.358/1992. Adota as Normas Éticas para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida, anexas à presente Resolução como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 nov. 1992. Seção 1. p. 16053. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. Resolução CFM nº. 1.957/2010. A Resolução CFM nº. 1.358/92, após 18 anos de vigência, recebeu modificações relativas à reprodução assistida, o que gerou a presente resolução, que a substitui in totum. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jan. 2011. Seção 1. p. 79. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957_2010.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. Resolução CFM nº. 2.013/2013. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº. 1.957/10. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 maio 2013. Seção 1. p. 119. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

CFM. Resolução CFM nº. 2.116/2015. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº. 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 fev. 2015a. Seção 1. p. 55. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2116_2015.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. Resolução CFM nº. 2.121/2015. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudarão a trazer a maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos – tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº. 2.013/2013, publicada no D.O.U. de 9 de maio de 2013, Seção I, p. 119. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 set. 2015b. Seção 1. p. 117. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2121_2015.pdf>. Acesso em: 12 out. 15.

CLEMENTE, Ana Paula (Org.). **Bioética no início da vida**: dilemas pensados de forma transdisciplinar. Petrópolis: Vozes, 2006.

COLLUCCI, Cláudia. **Quero ser mãe**: histórias reais de mulheres que engravidaram com a ajuda da ciência. Ribeirão Preto: Palavra Mágica, 2000.

COLON, Leandro; ALVES, Gabriel. Câmara britânica aprova bebê com DNA de três pais. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 3 fev. 2015. Equilíbrio e Saúde. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/02/1584530-reproducao-assistida-com-dna-de-tres-pessoas-e-aprovada-no-reino-unido.shtml>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

CORALINA, Cora. Frases de Cora Coralina. **Belas Mensagens**. [S.l., 2016]. Disponível em: <<http://www.belasmensagens.com.br/autor/cora-coralina>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

COSTA, Sérgio. O desafio da ética em pesquisa e da bioética. In: DINIZ, Débora et al. (Org.). **Ética em pesquisa**: temas globais. Brasília, DF: Letras Livres : Ed. UnB, 2008.

DEMO, Pedro. **Metodologia para quem quer aprender**. São Paulo: Atlas, 2008.

DINIZ, Debora; AVELINO, Daniel. Cenário internacional da pesquisa em células-tronco embrionárias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 541-547, 2009.

DROIT, Roger-Pol. **Ética**: uma primeira conversa. Tradução de Anália Correia Rios. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

ENGLER, Helen Barbosa Raiz. **Pesquisa e ética**: visibilidades e sombras. Franca: Ed. Unesp, 2011.

FARINATI, Débora Marcondes. As causas multideterminadas da infertilidade. In: MELAMED, Rose Massaro et al. (Col.). **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. Santos: Grupo Gen, 2009.

_____.; PRADO, Helena. Doação de gametas e suas repercussões: a questão do segredo e vínculos emocionais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, 16.; CONSENSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA EM REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA, 1., 2012, Guarujá. **Anais...** Guarujá: SBRA, 2012.

_____. **Aspectos emocionais da infertilidade e da reprodução medicamente assistida**. [Porto Alegre], 2015. Disponível em: <<http://sig.org.br/wp-content/uploads/2015/05/aspectosemocionaisdainfertilidadeedareproduuomedicamenteeassistida.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2016.

FÉO, Christina. Um estatuto para o embrião humano. **Bioéthikos**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 274-284, 2010.

FERTILIZAÇÃO *in vitro* (FIV). [Lisboa], 2011. Disponível em: <http://pma_tecnicas.blogs.sapo.pt/1688.html>. Acesso em: 18 ago. 2016.

FORRESTER, Viviane. **O horror econômico**. Tradução de Álvaro Lorencini. São Paulo: Ed. UNESP, 1997.

FOUREZ, Gérard. **A construção das ciências**: introdução à filosofia e à ética das ciências. Tradução de Luiz Paulo Rouanet São Paulo: Ed. Unesp, 1995.

FREITAS, Tais Pereira de. **Tintas pretas e papéis brancos**: educadoras negras e emancipação. 2015. 232 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2015.

GALVÃO, Loren. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: _____.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**: dilema e desafios. São Paulo: Hucitec : Population Council, 1999.

GARRAFA, Volnei; COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel. (Coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina 1998.

GLOBO. Mais da metade das clínicas de reprodução está irregular. **Globo**, Rio de Janeiro, 5 ago. 2012. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/mais-da-metade-das-clinicas-de-reproducao-esta-irregular-5694664>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

GOEDEKE, Sonja; PAYNE, Deborah. Embryo donation in New Zealand: a pilot study. **Human Reproduction**, London, v. 24, n. 8, p. 1939-1945, 2009. Disponível em: <<http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/8/1939.full.pdf+html?sid=6530720a-746d-483d-aaf1-56557a344c74>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

GOLDIM, José Roberto. **Congelamento de embriões**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 1997.

_____. **Princípio da justiça: justiça e direito**. [Salvador], 2010. Disponível em: <<http://ajusticaealei.blogspot.com.br/2010/07/principio-da-justica.html>>. Acesso em: 18 maio 2015.

_____. **Bioética e reprodução assistida**. [Porto Alegre], 2011. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/repbrau.htm>>. Acesso em: 13 set. 2015.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

HOSSNE, Willian; PESSINI, Leocir. Dos referenciais da bioética: a espiritualidade. **Bioéthikos**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 11-30, 2014.

HUXLEY, Aldous. **Admirável mundo novo**. Tradução de Lino Vallandro e Vidal Serrano. São Paulo: Biblioteca Azul, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

IBGE. **Canais: Cidade@**: MG: Belo Horizonte. Rio de Janeiro, 2015a. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310620&search=minas-gerais|belo-horizonte>>. Acesso em: 4 jun. 2015.

_____. **Censo do IBGE 2015**. Rio de Janeiro, 7 jul. 2015b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/>>. Acesso em: 18 maio 2016.

IPCT. **Células-tronco**. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://celulastroncors.org.br/celulas-tronco-2/>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

IPEA. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. **Situação social nos Estados**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/porta/images/stories/PDFs/120124_relatorio_situacaosocial_sp.pdf>. Acesso em: 24 maio 2015.

IPGO. **Inseminação artificial**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.ipgo.com.br/pequeno-dicionario-de-reproducao-humana-ser-ou-nao-ser-fertil/>>. Acesso em: 6 set. 2016.

JIANG, Lijing. Robert Geoffrey Edwards and Patrick Christopher Steptoe's Clinical Research in Human *in vitro* Fertilization and Embryo Transfer, 1969-1980. In: EMBRYO Project Encyclopedia. Tempe, 2011. Disponível em: <<https://embryo.asu.edu/pages/robert-geoffrey-edwards-and-patrick-christopher-steptoos-clinical-research-human-vitro>>. Acesso em: 21 out. 2015.

KIPPER, Délio José; CLOTET, Joaquim. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: GARRAFA, Volnei; COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel. (Coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998.

KUSNETZOFF, J. C. Aspectos emocionais do casal infértil. In: BADALOTTI, Mariângela; PETRACCO, Álvaro; TELÖKEN, Cláudio. **Fertilidade e infertilidade humana**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

LANIUS, Manuela. **Reprodução artificial: os impasses do desejo**. 2008. 157 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

LEITE, Tatiana Henriques, HENRIQUES, Rodrigo Arruda de Holanda, Bioética em Reprodução Humana Assistida: influência dos fatores sócio-econômico culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras

nações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 31-47, 2014.

MACHADO, Cynthia Silva. Náufragos e sobreviventes: conceitos de força e poder em Hannah Arendt. **Revista Psicologia e Comunidade**, Franca, v. 4, n.1, p. 33-54, 2012.

_____.; LOURENÇO, Gislaine Verlang. Reprodução Humana Assistida e saúde: o que posso, o que devo e o que quero? In: CONGRESO INTERNACIONAL, 8.; NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, 13., 2015, Granada. **Actas....** Granada: AEPC, 2015.

_____. **Reprodução humana assistida na realidade brasileira: possibilidades e desafios** numa pesquisa científica, 2016. (no prelo).

MAKUCH, Maria Yolanda. Estudos em psicologia e Reprodução Humana Assistida (RHA). In: MELAMED, Rose Massaro et al. (Col.). **Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar**. Santos: Grupo Gen, 2009.

MANINHA, Maria José Da Conceição Maninha. Projeto de Lei n. 2.061, 24 de setembro de 2003. Disciplina o uso de técnicas de Reprodução Humana Assistida como um dos componentes auxiliares no processo de procriação, em serviços de saúde, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário da Câmara de Deputados**, Brasília, DF, 8 out. 2003. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/internet/deputado/Dep_Detalhe_Inativo.asp?id=520541> Acesso em: 16 jan. 2016.

MARTINELLI, Maria Lúcia. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MAUSS, Marcel. **Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas**. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Cosac Nailfy, 2003.

MCMAHON, Catherine A. et al. Embryo donation for medical research: attitudes and concerns of potential donors. **Human Reproduction**, London, v.18, n. 4, p. 871-877, 2003.

MEDEIROS, Luciana; VERDI, Marta Inez Machado. Direito de acesso ao serviço de Reprodução Humana Assistida: discussões bioéticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3129-3138, 2010.

MELAMED, Rose Massaro; QUAYLE, Julieta (Org.). **Psicologia em reprodução assistida experiências brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

_____. et al. (Col.). **Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar**. Santos: Grupo Gen, 2009.

_____.; SOUSA, Tatiana Carvalho de; FERREIRA, Daniela Paes de Almeida et al. Deciding the fate of supernumerary frozen embryos: parents' choices. **Human Fertility**, Washington, v. 12, n. 4, p. 185-190, dec. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004a.

_____. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In: _____. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004b.

MORAES, Vinícius de; PECCI FILHO, Antonio. O filho que eu quero ter. In: VINÍCIUS DE MORAES; TOQUINHO. **Vinícius/Toquinho**. São Paulo: Philips : Universal Music, 1975. Disponível em: <<https://www.vagalume.com.br/vinicius-de-moraes/o-filho-que-eu-quero-ter.html>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, suppl. 1, p. 1-2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700001> Acesso em: 12 ago. 2015.

MOURA, Confúcio Aires. Projeto de Lei n. 2.855, 13 de março de 1997. Dispõe sobre a utilização de técnicas de reprodução humana assistida e dá outras providências. Autor: Confúcio Moura (PMDB/RO). Apensado ao PL n. 1184, de 2003. **Diário da Câmara de Deputados**, Brasília, DF, 14 mar. 1997. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=18719>> Acesso em: 15 jan. 2016.

MOURA, Marisa Decat de; SOUZA, Maria do Carmo Borges de; SCHEFFER, Bruno Brum. Reprodução assistida: um pouco de história. **Revista da SBPH**, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 23-42, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200004>. Acesso em: 29 ago. 2016.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: GARRAFA, Volnei; COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel. (Coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina 1998.

MUSEO FRIDA KAHLO. **Obras en otros museos: o hospital Henry Ford ou a cama voadora de Frida Kahlo**. 1932. Disponível em: <<http://www.museofridakahlo.org.mx/esp/1/frida-kahlo/obras/obras-en-otros-museos#>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

NETO. **Resenha do livro: Admirável mundo novo**: Rio de Janeiro: Globo, 2011. [S.L.], 2013. Disponível em: <<https://braavos.wordpress.com/>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

OLIVEIRA, Renata Almeida. O destino dos embriões excedentes. In: CLEMENTE, Ana Paula (Org.). **Bioética no início da vida: dilemas pensados de forma transdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 2006.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO). Nova Iorque, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

ORIGEM DA PALAVRA. **Consultório etimológico**: doação. [S.l.], 2011. Disponível em: <<http://origemdapalavra.com.br/site/pergunta/pergunta-8970/>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

PEREIRA, Dirceu Henrique Mendes. A história da reprodução humana assistida no Brasil. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 59-64, 2011. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina_v39n2_59-64.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

PERELSON, Simone. Os embriões congelados: da falta ao excesso. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 815-837, set. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/271/27115482004.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2016.

_____.; FORTES, Isabel. Indagações sobre as novas formas de fabricação do humano à luz da noção de dádiva de Marcel Mauss. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 69-84, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v18n1/1516-1498-agora-18-01-00069.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2016.

PESSOA, Roberto Soares. Projeto de Lei n. 120, 19 de fevereiro de 2003. Dispõe sobre a investigação de paternidade de pessoas nascidas de técnicas de reprodução assistida. **Diário da Câmara de Deputados**, Brasília, DF, 18 mar. 2003. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=104774>> Acesso em: 17 jan. 2016.

_____.; HASKI, Flávia. A tecnociência, a medicina da reprodução e a psicanálise. **SIG Revista de Psicanálise**, Porto Alegre, ano 4, n. 1, p. 11-21, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://sig.org.br/wp-content/uploads/2016/03/revistaSite6.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2016.

PESSINI, Leocir; HOSSNE, William Saad; SIQUEIRA, José Eduardo (Org.). **Bioética em tempos de incertezas**. São Paulo: Loyola, 2010.

PETRI, André. Confissões brutais. **Veja**, São Paulo, ed. 2429, p. 98, 10 jun. 2015.

POPPER, Karl. **Conjectures and refutations**: the growth of scientific knowledge. London: Routledge, 1995.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics**: bridge to the future. Wisconsin: Prentice-Hall, 1971.

PRIBERAM Dicionário. **Parentalidade**. [Porto, 2013]. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/parentalidade>>. Acesso em: 1 fev. 2015.

QUAYLE, Julieta. Embriões excedentes: relações afetivas, abandono e questões éticas. In: MELAMED, Rose Maria Massaro et al. **Psicologia em reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. Santos: Grupo Gen, 2009.

REDLARA. **Dúvidas**: dúvidas mais frequentes: qual a frequência da infertilidade. [S.l., 2016a]. Disponível em: <http://redlara.com/aa_portugues/duvidas.asp>. Acesso em: 29 jun. 2016.

_____. **Criopreservação de embriões e gametas**. [S.l., 2016b]. Disponível em: <http://redlara.com/informativo/saiba_texto_imprimir.asp?cadastroid=86>. Acesso em: 13 fev. 2016.

_____. **Quem somos**. [S.l., 2016c]. Disponível em: <http://redlara.com/aa_portugues/quem_somos.asp>. Acesso em: 13 fev. 2016.

_____. **Fertilização assistida**. [S.l., 2015]. Disponível em: <http://redlara.com/aa_espanhol/database_livros_detalhes2.asp?cadastroid=87>. Acesso em: 15 nov. 2015.

REICH, Warren. **Encyclopedia of bioethics**. 2nd ed. New York: MacMillan, 1995.

RIBEIRO, Marina. **Infertilidade e reprodução assistida**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

ROA-CASTELLANOS, Ricardo Andrés; BAUER, Cornelia. Presentación de la palabra bioética, del imperativo bioético y de la noción de biopsicología por Fritz Jahr em 1929. **Bioéthikos**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 158-170, 2009.

RODRIGUES, Cátia Cilene Lima. Liliith e o arquétipo do feminino contemporâneo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ÉTICA E CIDADANIA, 2.; CONGRESSO INTERNACIONAL DE ÉTICA E CIDADANIA RELIGIÃO E CULTURA, 3., 2007, São Paulo. **Anais.....** São Paulo: Ed. USP, 2007. Disponível em: <http://www.mackenzie.com.br/fileadmin/Graduacao/EST/Revistas_EST/III_Congresso_Et_Cid/Comunicacao/Gt06/Catia_Cilene.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2015.

ROSA, Guimarães. **Grande sertão veredas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2015.

SABOURIN, Eric. Marcel Mauss: da dádiva à questão da reciprocidade. **Revista Brasileira de Ciência Sociais**, São Paulo, v. 23, n. 66, p. 131-138, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092008000100008>. Acesso em: 30 maio 2016.

SANTANA, Ana Lúcia. Clonagem humana. **InfoEscola**. [São Paulo, 2016]. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/genetica/clonagem-humana>>. Acesso em: 1 fev. 2015.

SANTOS, Boaventura de Souza. (Org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente**: um discurso sobre as ciências “revisitado”. São Paulo: Cortez, 2004.

SCHRAMM, Fermin Roland. Uma breve genealogia da bioética em companhia de Van Rensselaer Potter. **Bioéthikos**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 302-308, 2011.

_____.; BRAZ, Marlene. **Introdução à bioética**. [S.l.], [20--]. Disponível em: <<http://www.ghente.org/bioetica/>>. Acesso em: 23 jan. 2016.

_____. **Três ensaios de bioética**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.

SEGER, Liliana. Avaliação emocional do paciente de Reprodução Humana Assistida. In: MELAMED, Rose Massaro et al. (Col.). **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. Santos: Grupo Gen, 2009.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Franklin Leopoldo. Da ética filosófica à ética em saúde. In: GARRAFA, Volnei; COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel. (Coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina 1998.

_____. Universidade, humanidades e filosofia. **Síntese Nova Fase**, Belo Horizonte, v. 20, n. 63, p. 787-796, 1993.

SILVA, Walter Rubini Boneli da. Avanços e retrocessos da reprodução assistida. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, ano. 15, n. 101, jun. 2002. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11831>. Acesso em: 23 jan. 2015.

SILVEIRA, Anarita Araújo da. Escravidão biológico ou jurídico? O caso da pesquisa com células-tronco embrionárias. **Bioéthikos**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 100-109, 2009.

SOARES, Paula. **Ser mineiro é ter história, é ter marca registrada!** [Viçosa], 2010. Disponível em: <<http://paulaouverney.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, 2013, p. 5. Disponível em: www.sbra.com.br. Acesso em 23 jan.2015.

SOUSA, Rodrigo Franklin de. Religiosidade no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 79, p. 285-288, 2013.

SOUZA, Solange Lopes de. Alterações emocionais como causas da infertilidade. In: MELAMED, Rose Massaro et al. (Col.). **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. Santos: Grupo Gen, 2009.

SOUZA, Valdomiro José de. **Projeto Genoma Humano**: utopia do homem geneticamente perfeito. São Paulo: Loyola, 2004.

SOUZA, Vinícius Roberto Prioli de. Células-tronco embrionárias e a constitucionalidade do art.5 da lei de biossegurança. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, ano 12, n. 69, out. 2009. Disponível em: <<http://www.ambito->

juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=6612>. Acesso em: 21 jun. 2016.

SOUZA, Maria do Carmo Borges de; MOURA, Marisa Decat de. Reprodução assistida: a importância dos limites, ou a construção dos diálogos. In: MELAMED, Rose Massaro et al. (Col.). **Psicologia e reprodução humana assistida**: uma abordagem multidisciplinar. Santos: Grupo Gen, 2009.

SPINELLI, Luísa H. P.; HATTORI, Wallisen T.; SOUSA, Maria B.C de. Por que mulheres não preferem homens muito mais velhos que elas? Uma hipótese baseada em alterações da fisiologia reprodutiva masculina relacionadas ao aumento da idade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 15, n. 1, p. 119-123, jan./abr. 2010.

_____, Luísa H. P.; HATTORI, Wallisen T.; SOUSA, Maria B.C de. Por que mulheres não preferem homens muito mais velhos que elas? Uma hipótese baseada em alterações da fisiologia reprodutiva masculina relacionadas ao aumento da idade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 15, n. 1, p. 119-123, jan./abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2010000100016>. Acesso em: 23 set. 2015.

STRAUBE, Kátia M.; MELAMED, Rose Massaro (Org.). **Temas contemporâneos de psicologia em reprodução assistida**. São Paulo: Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2013.

TOGNOTTI, Elvio. **A dor da infertilidade representada nas obras de Frida Kahlo**: Frida-Kahlo-Henry-Ford-Hospital-1932. São Paulo, [20--]. Disponível em: <<http://www.projetoalfa.com.br/a-dor-da-infertilidade-representada-nas-obras-de-frida-kahlo/frida-kahlo-henry-ford-hospital-1932/>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

GLOSSÁRIO

Ciclo de doação de oócitos: ciclo no qual oócitos são coletados de uma doadora para aplicação clínica ou pesquisa.

Clonagem: é a imitação perfeita de um mecanismo de reprodução assexuada – ato multiplicador realizado por organismos unicelulares ou portadores de poucas células, sensíveis a qualquer mudança no meio ambiente. Este método reprodutor gera seres geneticamente idênticos à matriz utilizada (SANTANA, 2016).

Criopreservação: congelamento ou vitrificação e estocagem de gametas, zigotos, embriões ou tecido gonadal.

Doação de embriões: transferência de um ou mais embriões, resultantes de gametas (espermatozoides e oócitos), que não são originários da receptora ou de seu marido/parceiro.

Embrião: produto da divisão do zigoto ao fim do estágio embrionário, 8 semanas após a Fertilização. (Esta definição não inclui, tanto produtos derivados de partenogênese quanto produtos da transferência de células somáticas nucleares).

Estimulação ovariana controlada para TRA: tratamento farmacológico no qual mulheres são estimuladas para induzir o desenvolvimento de múltiplos folículos ovarianos, para obter múltiplos oócitos na aspiração folicular.

Estimulação ovariana controlada para ciclos sem TRA: tratamento farmacológico para mulheres, cujos ovários são estimulados para ovular mais de um oócito.

Fertilização: a penetração do óvulo pelo espermatozoide e a combinação do material genético, resultando na formação de um zigoto.

Feto: o produto da Fertilização desde o desenvolvimento embrionário com 8 semanas completas após a Fertilização até o abortamento ou nascimento.

FIV (Fertilização *in vitro*): procedimento de TRA que envolve Fertilização extra-corpórea.

FIV com ciclo natural: procedimento de FIV onde um ou mais oócitos são coletados dos ovários durante ciclo espontâneo, sem qualquer intervenção hormonal.

Espermatozoide: células reprodutoras masculinas.

Gameta: células sexuais, óvulos ou espermatozoides.

Infertilidade (definição clínica): doença do sistema reprodutivo definida pela falha de se obter gravidez clínica após 12 meses ou mais de coito regular desprotegido.

Injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI): consiste na deposição mecânica de um único espermatozoide no interior do citoplasma oocitário.

Inseminação artificial (IA): é definida como a introdução do sêmen no trato genital feminino.

Oócitos: óvulos

Ovários: órgãos femininos reprodutivos que produzem óvulos e hormônios femininos.

Parentalidade:

1. Qualidade do que é parental.
2. Estado ou condição de quem é pai ou mãe (ex.: *direitos de parentalidade*) (PRIBERAM, 2013).

Pré-embrião: é a denominação utilizada por alguns autores, em especial norte-americanos, para o conceito humano nos primeiros seis a sete dias de desenvolvimento, isto é, desde a fecundação até a implantação no útero (GOLDIM, 1997).

Vitrificação: método de congelamento ultrarrápido, que previne a formação de gelo dentro da suspensão, que é convertida para um estado vítreo.

Zigoto: célula diplóide resultante da Fertilização de um oócito por um espermatozoide, que subsequentemente se divide para formar um embrião.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____. IDADE: ____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: ____ Nº ____ SEXO: M () F ()

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ FONE: _____

Eu, _____,

declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: (Bioética na Reprodução Humana Assistida- Os Impactos Éticos e Emocionais na problemática do destino de embriões excedentários). O projeto de pesquisa será conduzido por Cynthia Silva Machado, do curso de Pós Graduação em Serviço Social, orientado pela Prof (a). Dr(a) Helen Raiz Barbosa Engler, pertencente ao quadro docente Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"/ câmpus de Franca. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de: Dissertação de mestrado observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. Os objetivos desta pesquisa são compreender os aspectos bioéticos envolvidos na problemática do destino de embriões excedentários, bem como estudar os aspectos éticos e refletir sobre a dimensão subjetiva vivida por casais submetidos ao tratamento de Fertilização *in Vitro* – FIV no Centro de Reprodução Humana da Rede Mater Dei de Saúde em Belo Horizonte/MG e escolheram como destino de seus embriões a doação (seja para casais inférteis ou para pesquisa de células-tronco).

Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Franca, de _____ de _____

Assinatura do participante

Cynthia Silva Machado

Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome Cynthia Silva Machado

Endereço: Rua Caxambu 901 Bairro Umuarama- Passos/MG CEP 37.920-340

Tel: 35- 30212357 35- 99129388

E-mail: cynthiasilvamachado@yahoo.com.br

Helen Raiz
Assinatura do Orientador

Prof. (a) Dr. (a) Helen Barbosa Raiz Engler

Endereço: Av. Major Nicácio 2527 Ap. Bairro São José- Franca/SP CEP 14.403-462

Tel: 16- 996406494

E-mail: helenraiz@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Unesp – Campus de Franca/SP
Av. Eufrásia Monteiro Petraglia, 900 – Jd. Dr. Antônio Petraglia - CEP: 14409-160 – CP 211 – FRANCA – SP Telefone:
(16) 3706-8723 - Fax: (16) 3706-8724 - E-mail: comiteetica@franca.unesp.br

ANEXOS

ANEXO A - Lei de Biossegurança- Lei n. 11.105 de 24 de março de 2005

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA - Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I - DISPOSIÇÕES PRELIMINARES E GERAIS

Art. 1º Esta Lei estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização sobre a construção, o cultivo, a produção, a manipulação, o transporte, a transferência, a importação, a exportação, o armazenamento, a pesquisa, a comercialização, o consumo, a liberação no meio ambiente e o descarte de organismos geneticamente modificados - OGM e seus derivados, tendo como diretrizes o estímulo ao avanço científico na área de biossegurança e biotecnologia, a proteção à vida e à saúde humana, animal e vegetal, e a observância do princípio da precaução para a proteção do meio ambiente.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se atividade de pesquisa a realizada em laboratório, regime de contenção ou campo, como parte do processo de obtenção de OGM e seus derivados ou de avaliação da biossegurança de OGM e seus derivados, o que engloba, no âmbito experimental, a construção, o cultivo, a manipulação, o transporte, a transferência, a importação, a exportação, o armazenamento, a liberação no meio ambiente e o descarte de OGM e seus derivados.

§ 2º Para os fins desta Lei, considera-se atividade de uso comercial de OGM e seus derivados a que não se enquadra como atividade de pesquisa, e que trata do cultivo, da produção, da manipulação, do transporte, da transferência, da comercialização, da importação, da exportação, do armazenamento, do consumo, da liberação e do descarte de OGM e seus derivados para fins comerciais.

Art. 2º As atividades e projetos que envolvam OGM e seus derivados, relacionados ao ensino com manipulação de organismos vivos, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e à produção industrial ficam restritos ao âmbito de entidades de direito público ou privado, que serão responsáveis pela obediência aos preceitos desta Lei e de sua regulamentação, bem como pelas eventuais consequências ou efeitos advindos de seu descumprimento.

§ 1º Para os fins desta Lei, consideram-se atividades e projetos no âmbito de entidade os conduzidos em instalações próprias ou sob a responsabilidade administrativa, técnica ou científica da entidade.

§ 2º As atividades e projetos de que trata este artigo são vedados a pessoas físicas em atuação autônoma e independente, ainda que mantenham vínculo empregatício ou qualquer outro com pessoas jurídicas.

§ 3º Os interessados em realizar atividade prevista nesta Lei deverão requerer autorização à Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNBio, que se manifestará no prazo fixado em regulamento.

§ 4º As organizações públicas e privadas, nacionais, estrangeiras ou internacionais, financiadoras ou patrocinadoras de atividades ou de projetos referidos no *caput* deste artigo devem exigir a apresentação de Certificado de Qualidade em Biossegurança, emitido pela CTNBio, sob pena de se tornarem co-responsáveis pelos eventuais efeitos decorrentes do descumprimento desta Lei ou de sua regulamentação.

Art. 3º Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I - organismo: toda entidade biológica capaz de reproduzir ou transferir material genético, inclusive vírus e outras classes que venham a ser conhecidas; II - ácido desoxirribonucléico - ADN, ácido ribonucléico - ARN: material genético que contém informações determinantes dos caracteres hereditários transmissíveis à descendência; III - moléculas de ADN/ARN recombinante: as moléculas manipuladas fora das células vivas mediante a modificação de segmentos de ADN/ARN natural ou sintético e que possam multiplicar-se em uma célula viva, ou ainda as moléculas de ADN/ARN resultantes dessa multiplicação; consideram-se também os segmentos de ADN/ARN sintéticos equivalentes aos de ADN/ARN natural;

IV - engenharia genética: atividade de produção e manipulação de moléculas de ADN/ARN recombinante;

V - organismo geneticamente modificado - OGM: organismo cujo material genético - ADN/ARN tenha sido modificado por qualquer técnica de engenharia genética;

VI - derivado de OGM: produto obtido de OGM e que não possua capacidade autônoma de replicação ou que não contenha forma viável de OGM;

VII - célula germinal humana: célula-mãe responsável pela formação de gametas presentes nas glândulas sexuais femininas e masculinas e suas descendentes diretas em qualquer grau de ploidia;

VIII - clonagem: processo de reprodução assexuada, produzida artificialmente, baseada em um único patrimônio genético, com ou sem utilização de técnicas de engenharia genética;

IX - clonagem para fins reprodutivos: clonagem com a finalidade de obtenção de um indivíduo;

X - clonagem terapêutica: clonagem com a finalidade de produção de células-tronco embrionárias para utilização terapêutica;

XI - células-tronco embrionárias: células de embrião que apresentam a capacidade de se transformar em células de qualquer tecido de um organismo.

§ 1º Não se inclui na categoria de OGM o resultante de técnicas que impliquem a introdução direta, num organismo, de material hereditário, desde que não envolvam a utilização de moléculas de ADN/ARN recombinante ou OGM, inclusive fecundação *in vitro*, conjugação, transdução, transformação, indução poliplóide e qualquer outro processo natural.

§ 2º Não se inclui na categoria de derivado de OGM a substância pura, quimicamente definida, obtida por meio de processos biológicos e que não contenha OGM, proteína heteróloga ou ADN recombinante.

Art. 4º Esta Lei não se aplica quando a modificação genética for obtida por meio das seguintes técnicas, desde que não impliquem a utilização de OGM como receptor ou doador:

I - mutagênese;

II - formação e utilização de células somáticas de hibridoma animal;

III - fusão celular, inclusive a de protoplasma, de células vegetais, que possa ser produzida mediante métodos tradicionais de cultivo;

IV - autoclonação de organismos não-patogênicos que se processe de maneira natural.

Art. 5º É permitida, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por Fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento, atendidas as seguintes condições:

I - sejam embriões inviáveis; ou

II - sejam embriões congelados há 3 (três) anos ou mais, na data da publicação desta Lei, ou que, já congelados na data da publicação desta Lei, depois de completarem 3 (três) anos, contados a partir da data de congelamento.

§ 1º Em qualquer caso, é necessário o consentimento dos genitores.

§ 2º Instituições de pesquisa e serviços de saúde que realizem pesquisa ou terapia com células-tronco embrionárias humanas deverão submeter seus projetos à apreciação e aprovação dos respectivos comitês de ética em pesquisa.

§ 3º É vedada a comercialização do material biológico a que se refere este artigo e sua prática implica o crime tipificado no art. 15 da Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

Art.6 Fica proibido:

I - implementação de projeto relativo a OGM sem a manutenção de registro de seu acompanhamento individual;

II - engenharia genética em organismo vivo ou o manejo *in vitro* de ADN/ARN natural ou recombinante, realizado em desacordo com as normas previstas nesta Lei;

III - engenharia genética em célula germinal humana, zigoto humano e embrião humano;

IV-clonagem humana;

V - destruição ou descarte no meio ambiente de OGM e seus derivados em desacordo com as normas estabelecidas pela CTNBio, pelos órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no art. 16 desta Lei, e as constantes desta Lei e de sua regulamentação;

VI - liberação no meio ambiente de OGM ou seus derivados, no âmbito de atividades de pesquisa, sem a decisão técnica favorável da CTNBio e, nos casos de liberação comercial, sem o parecer técnico favorável da CTNBio, ou sem o licenciamento do órgão ou entidade ambiental responsável, quando a CTNBio considerar a atividade como potencialmente causadora de degradação ambiental, ou sem a aprovação do Conselho Nacional de Biossegurança - CNBS, quando o processo tenha sido por ele avocado, na forma desta Lei e de sua regulamentação;

VII - a utilização, a comercialização, o registro, o patenteamento e o licenciamento de tecnologias genéticas de restrição do uso.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, entende-se por tecnologias genéticas de restrição do uso qualquer processo de intervenção humana para geração ou multiplicação de plantas geneticamente modificadas para produzir estruturas reprodutivas estéreis, bem como qualquer forma de manipulação genética que vise à ativação ou desativação de genes relacionados à fertilidade das plantas por indutores químicos externos.

Art.7º São obrigatórias:

I - a investigação de acidentes ocorridos no curso de pesquisas e projetos na área de engenharia genética e o envio de relatório respectivo à autoridade competente no prazo máximo de 5 (cinco) dias a contar da data do evento;

II - a notificação imediata à CTNBio e às autoridades da saúde pública, da defesa agropecuária e do meio ambiente sobre acidente que possa provocar a disseminação de OGM e seus derivados;

III - a adoção de meios necessários para plenamente informar à CTNBio, às autoridades da saúde pública, do meio ambiente, da defesa agropecuária, à coletividade e aos demais empregados da instituição ou empresa sobre os riscos a que possam estar submetidos, bem como os procedimentos a serem tomados no caso de acidentes com OGM.

CAPÍTULO II - DO CONSELHO NACIONAL DE BIOSSEGURANÇA - CNBS

Art. 8º Fica criado o Conselho Nacional de Biossegurança - CNBS, vinculado à Presidência da República, órgão de assessoramento superior do Presidente da República para a formulação e implementação da Política Nacional de Biossegurança - PNB.

§1º Compete ao CNBS:

I - fixar princípios e diretrizes para a ação administrativa dos órgãos e entidades federais com competências sobre a matéria;

II - analisar, a pedido da CTNBio, quanto aos aspectos da conveniência e oportunidade socioeconômicas e do interesse nacional, os pedidos de liberação para uso comercial de OGM e seus derivados;

III - avocar e decidir, em última e definitiva instância, com base em manifestação da CTNBio e, quando julgar necessário, dos órgãos e entidades referidos no art. 16 desta Lei, no âmbito de suas competências, sobre os processos relativos a atividades que envolvam o uso comercial de OGM e seus derivados;

IV - (Vetado)

§2º (Vetado)

§3º Sempre que o CNBS deliberar favoravelmente à realização da atividade analisada, encaminhará sua manifestação aos órgãos e entidades de registro e fiscalização referidos no art. 16 desta Lei.

§ 4º Sempre que o CNBS deliberar contrariamente à atividade analisada, encaminhará sua manifestação à CTNBio para informação ao requerente.

Art.9º O CNBS é composto pelos seguintes membros:

I - Ministro de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República, que o presidirá;

II-Ministro de Estado da Ciência e Tecnologia;

III-Ministro de Estado do Desenvolvimento Agrário;

IV-Ministro de Estado da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;

V-Ministro de Estado da Justiça;

VI-Ministro de Estado da Saúde;

VII-Ministro de Estado do Meio Ambiente;

VIII-Ministro de Estado do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior;

IX-Ministro de Estado das Relações Exteriores;

X-Ministro de Estado da Defesa;

XI - Secretário Especial de Aquicultura e Pesca da Presidência da República.

§ 1º O CNBS reunir-se-á sempre que convocado pelo Ministro de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República, ou mediante provocação da maioria de seus membros.

§2º(Vetado)

§3º Poderão ser convidados a participar das reuniões, em caráter excepcional, representantes do setor público e de entidades da sociedade civil.

§4º O CNBS contará com uma Secretaria-Executiva, vinculada à Casa Civil da Presidência da República.

§5º A reunião do CNBS poderá ser instalada com a presença de 6 (seis) de seus membros e as decisões serão tomadas com votos favoráveis da maioria absoluta.

CAPÍTULO III - DA COMISSÃO TÉCNICA NACIONAL DE BIOSSEGURANÇA - CTNBIO

Art. 10. A CTNBio, integrante do Ministério da Ciência e Tecnologia, é instância colegiada multidisciplinar de caráter consultivo e deliberativo, para prestar apoio técnico e de assessoramento ao Governo Federal na formulação, atualização e implementação da PNB de OGM e seus derivados, bem como no estabelecimento de normas técnicas de segurança e de pareceres técnicos referentes à autorização para atividades que envolvam pesquisa e uso comercial de OGM e seus derivados, com base na avaliação de seu risco zoofitossanitário, à saúde humana e ao meio ambiente.

Parágrafo único. A CTNBio deverá acompanhar o desenvolvimento e o progresso técnico e científico nas áreas de biossegurança, biotecnologia, bioética e afins, com o objetivo de aumentar sua capacitação para a proteção da saúde humana, dos animais e das plantas e do meio ambiente.

Art. 11. A CTNBio, composta de membros titulares e suplentes, designados pelo Ministro de Estado da Ciência e Tecnologia, será constituída por 27 (vinte e sete) cidadãos brasileiros de reconhecida competência técnica, de notória atuação e saber científicos, com grau acadêmico de doutor e com destacada atividade profissional nas áreas de biossegurança, biotecnologia, biologia, saúde humana e animal ou meio ambiente, sendo:

I - 12 (doze) especialistas de notório saber científico e técnico, em efetivo exercício profissional, sendo:

a) 3 (três) da área de saúde humana;

b) 3 (três) da área animal;

c) 3 (três) da área vegetal;

d) 3 (três) da área de meio ambiente;

II - um representante de cada um dos seguintes órgãos, indicados pelos respectivos titulares:

a) Ministério da Ciência e Tecnologia;

b) Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;

c) Ministério da Saúde;

d) Ministério do Meio Ambiente;

e) Ministério do Desenvolvimento Agrário;

f) Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior;

g) Ministério da Defesa;

h) Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca da Presidência da República;

i) Ministério das Relações Exteriores;

III - um especialista em defesa do consumidor, indicado pelo Ministro da Justiça;

IV - um especialista na área de saúde, indicado pelo Ministro da Saúde;

V - um especialista em meio ambiente, indicado pelo Ministro do Meio Ambiente;

VI - um especialista em biotecnologia, indicado pelo Ministro da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;

VII - um especialista em agricultura familiar, indicado pelo Ministro do Desenvolvimento Agrário;

VIII - um especialista em saúde do trabalhador, indicado pelo Ministro do Trabalho e Emprego.

§ 1º Os especialistas de que trata o inciso I do *caput* deste artigo serão escolhidos a partir de lista tríplice, elaborada com a participação das sociedades científicas, conforme disposto em regulamento.

§ 2º Os especialistas de que tratam os incisos III a VIII do *caput* deste artigo serão escolhidos a partir de lista tríplice, elaborada pelas organizações da sociedade civil, conforme disposto em regulamento.

§ 3º Cada membro efetivo terá um suplente, que participará dos trabalhos na ausência do titular.

§ 4º Os membros da CTNBio terão mandato de 2 (dois) anos, renovável por até mais 2 (dois) períodos consecutivos.

§ 5º O presidente da CTNBio será designado, entre seus membros, pelo Ministro da Ciência e Tecnologia para um mandato de 2 (dois) anos, renovável por igual período.

§ 6º Os membros da CTNBio devem pautar a sua atuação pela observância estrita dos conceitos ético-profissionais, sendo vedado participar do julgamento de questões com as quais tenham algum envolvimento de ordem profissional ou pessoal, sob pena de perda de mandato, na forma do regulamento.

§ 7º A reunião da CTNBio poderá ser instalada com a presença de 14 (catorze) de seus membros, incluído pelo menos um representante de cada uma das áreas referidas no inciso I do *caput* deste artigo.

§8º(Vetado)

§ 9º Órgãos e entidades integrantes da administração pública federal poderão solicitar participação nas reuniões da CTNBio para tratar de assuntos de seu especial interesse, sem direito a voto.

§10. Poderão ser convidados a participar das reuniões, em caráter excepcional, representantes da comunidade científica e do setor público e entidades da sociedade civil, sem direito a voto.

Art. 12. O funcionamento da CTNBio será definido pelo regulamento desta Lei.

§1º A CTNBio contará com uma Secretaria-Executiva e cabe ao Ministério da Ciência e Tecnologia prestar-lhe o apoio técnico e administrativo.

§2º(Vetado)

Art. 13. A CTNBio constituirá subcomissões setoriais permanentes na área de saúde humana, na área animal, na área vegetal e na área ambiental, e poderá constituir subcomissões extraordinárias, para análise prévia dos temas a serem submetidos ao plenário da Comissão.

§1º Tanto os membros titulares quanto os suplentes participarão das subcomissões setoriais e caberá a todos a distribuição dos processos para análise.

§2º O funcionamento e a coordenação dos trabalhos nas subcomissões setoriais e extraordinárias serão definidos no regimento interno da CTNBio.

Art.14. Compete à CTNBio:

I - estabelecer normas para as pesquisas com OGM e derivados de OGM;

II - estabelecer normas relativamente às atividades e aos projetos relacionados a OGM e seus derivados;

III - estabelecer, no âmbito de suas competências, critérios de avaliação e monitoramento de risco de OGM e seus derivados;

IV - proceder à análise da avaliação de risco, caso a caso, relativamente a atividades e projetos que envolvam OGM e seus derivados;

V - estabelecer os mecanismos de funcionamento das Comissões Internas de Biossegurança - CIBio, no âmbito de cada instituição que se dedique ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e à produção industrial que envolvam OGM ou seus derivados;

VI - estabelecer requisitos relativos à biossegurança para autorização de funcionamento de laboratório, instituição ou empresa que desenvolverá atividades relacionadas a OGM e seus derivados;

- VII** - relacionar-se com instituições voltadas para a biossegurança de OGM e seus derivados, em âmbito nacional e internacional;
- VIII** - autorizar, cadastrar e acompanhar as atividades de pesquisa com OGM ou derivado de OGM, nos termos da legislação em vigor;
- IX** - autorizar a importação de OGM e seus derivados para atividade de pesquisa;
- X** - prestar apoio técnico consultivo e de assessoramento ao CNBS na formulação da PNB de OGM e seus derivados;
- XI** - emitir Certificado de Qualidade em Biossegurança - CQB para o desenvolvimento de atividades com OGM e seus derivados em laboratório, instituição ou empresa e enviar cópia do processo aos órgãos de registro e fiscalização referidos no art. 16 desta Lei;
- XII** - emitir decisão técnica, caso a caso, sobre a biossegurança de OGM e seus derivados no âmbito das atividades de pesquisa e de uso comercial de OGM e seus derivados, inclusive a classificação quanto ao grau de risco e nível de biossegurança exigido, bem como medidas de segurança exigidas e restrições ao uso;
- XIII** - definir o nível de biossegurança a ser aplicado ao OGM e seus usos, e os respectivos procedimentos e medidas de segurança quanto ao seu uso, conforme as normas estabelecidas na regulamentação desta Lei, bem como quanto aos seus derivados;
- XIV** - classificar os OGM segundo a classe de risco, observados os critérios estabelecidos no regulamento desta Lei;
- XV** - acompanhar o desenvolvimento e o progresso técnico científico na biossegurança de OGM e seus derivados;
- XVI** - emitir resoluções, de natureza normativa, sobre as matérias de sua competência;
- XVII** - apoiar tecnicamente os órgãos competentes no processo de prevenção e investigação de acidentes e de enfermidades, verificados no curso dos projetos e das atividades com técnicas de ADN/ARN recombinante;
- XVIII** - apoiar tecnicamente os órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no art. 16 desta Lei, no exercício de suas atividades relacionadas a OGM e seus derivados;
- XIX** - divulgar no Diário Oficial da União, previamente à análise, os extratos dos pleitos e, posteriormente, dos pareceres dos processos que lhe forem submetidos, bem como dar ampla publicidade no Sistema de Informações em Biossegurança - SIB a sua agenda, processos em trâmite, relatórios anuais, atas das reuniões e demais informações sobre suas atividades, excluídas as informações sigilosas, de interesse comercial, apontadas pelo proponente e assim consideradas pela CTNBio;
- XX** - identificar atividades e produtos decorrentes do uso de OGM e seus derivados potencialmente causadores de degradação do meio ambiente ou que possam causar riscos à saúde humana;
- XXI** - reavaliar suas decisões técnicas por solicitação de seus membros ou por recurso dos órgãos e entidades de registro e fiscalização, fundamentado em fatos ou conhecimentos científicos novos, que sejam relevantes quanto à biossegurança do OGM ou derivado, na forma desta Lei e seu regulamento;
- XXII** - propor a realização de pesquisas e estudos científicos no campo da biossegurança de OGM e seus derivados;
- XXIII** - apresentar proposta de regimento interno ao Ministro da Ciência e Tecnologia.
- §1º** Quanto aos aspectos de biossegurança do OGM e seus derivados, a decisão técnica da CTNBio vincula os demais órgãos e entidades da administração.
- §2º** Nos casos de uso comercial, dentre outros aspectos técnicos de sua análise, os órgãos de registro e fiscalização, no exercício de suas atribuições em caso de solicitação pela CTNBio, observarão, quanto aos aspectos de biossegurança do OGM e seus derivados, a decisão técnica da CTNBio.
- §3º** Em caso de decisão técnica favorável sobre a biossegurança no âmbito da atividade de pesquisa, a CTNBio remeterá o processo respectivo aos órgãos e entidades referidos no art. 16 desta Lei, para o exercício de suas atribuições.
- §4º** A decisão técnica da CTNBio deverá conter resumo de sua fundamentação técnica, explicitar as medidas de segurança e restrições ao uso do OGM e seus derivados e considerar as particularidades das diferentes regiões do País, com o objetivo de orientar e

subsidiar os órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no art. 16 desta Lei, no exercício de suas atribuições. **§ 5º** Não se submeterá a análise e emissão de parecer técnico da CTNBio o derivado cujo OGM já tenha sido por ela aprovado.

§6º As pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em qualquer das fases do processo de produção agrícola, comercialização ou transporte de produto geneticamente modificado que tenham obtido a liberação para uso comercial estão dispensadas de apresentação do CQB e constituição de CIBio, salvo decisão em contrário da CTNBio.

Art. 15. A CTNBio poderá realizar audiências públicas, garantida participação da sociedade civil, na forma do regulamento.

Parágrafo único. Em casos de liberação comercial, audiência pública poderá ser requerida por partes interessadas, incluindo-se entre estas organizações da sociedade civil que comprovem interesse relacionado à matéria, na forma do regulamento.

CAPÍTULO IV - DOS ÓRGÃOS E ENTIDADES DE REGISTRO E FISCALIZAÇÃO

Art. 16. Caberá aos órgãos e entidades de registro e fiscalização do Ministério da Saúde, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e do Ministério do Meio Ambiente, e da Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca da Presidência da República entre outras atribuições, no campo de suas competências, observadas a decisão técnica da CTNBio, as deliberações do CNBS e os mecanismos estabelecidos nesta Lei e na sua regulamentação:

- I - fiscalizar as atividades de pesquisa de OGM e seus derivados;
- II - registrar e fiscalizar a liberação comercial de OGM e seus derivados;
- III - emitir autorização para a importação de OGM e seus derivados para uso comercial;
- IV - manter atualizado no SIB o cadastro das instituições e responsáveis técnicos que realizam atividades e projetos relacionados a OGM e seus derivados;
- V - tornar públicos, inclusive no SIB, os registros e autorizações concedidas;
- VI - aplicar as penalidades de que trata esta Lei;
- VII - subsidiar a CTNBio na definição de quesitos de avaliação de biossegurança de OGM e seus derivados.

§1º Após manifestação favorável da CTNBio, ou do CNBS, em caso de avocação ou recurso, caberá, em decorrência de análise específica e decisão pertinente:

- I - ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento emitir as autorizações e registros e fiscalizar produtos e atividades que utilizem OGM e seus derivados destinados a uso animal, na agricultura, pecuária, agroindústria e áreas afins, de acordo com a legislação em vigor e segundo o regulamento desta Lei;
- II - ao órgão competente do Ministério da Saúde emitir as autorizações e registros e fiscalizar produtos e atividades com OGM e seus derivados destinados a uso humano, farmacológico, domissanitário e áreas afins, de acordo com a legislação em vigor e segundo o regulamento desta Lei;
- III - ao órgão competente do Ministério do Meio Ambiente emitir as autorizações e registros e fiscalizar produtos e atividades que envolvam OGM e seus derivados a serem liberados nos ecossistemas naturais, de acordo com a legislação em vigor e segundo o regulamento desta Lei, bem como o licenciamento, nos casos em que a CTNBio deliberar, na forma desta Lei, que o OGM é potencialmente causador de significativa degradação do meio ambiente;
- IV - à Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca da Presidência da República emitir as autorizações e registros de produtos e atividades com OGM e seus derivados destinados ao uso na pesca e aquicultura, de acordo com a legislação em vigor e segundo esta Lei e seu regulamento.

§ 2º Somente se aplicam as disposições dos incisos I e II do art. 8º e do *caput* do art. 10 da Lei nº. 6.938, de 31 de agosto de 1981, nos casos em que a CTNBio deliberar que o OGM é potencialmente causador de significativa degradação do meio ambiente.

§3º A CTNBio delibera, em última e definitiva instância, sobre os casos em que a atividade é potencial ou efetivamente causadora de degradação ambiental, bem como sobre a necessidade do licenciamento ambiental.

§4º A emissão dos registros, das autorizações e do licenciamento ambiental referidos nesta Lei deverá ocorrer no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias.

§5º A contagem do prazo previsto no § 4º deste artigo será suspensa, por até 180 (cento e oitenta) dias, durante a elaboração, pelo requerente, dos estudos ou esclarecimentos necessários.

§6º As autorizações e registros de que trata este artigo estarão vinculados à decisão técnica da CTNBio correspondente, sendo vedadas exigências técnicas que extrapolem as condições estabelecidas naquela decisão, nos aspectos relacionados à biossegurança.

§7º Em caso de divergência quanto à decisão técnica da CTNBio sobre a liberação comercial de OGM e derivados, os órgãos e entidades de registro e fiscalização, no âmbito de suas competências, poderão apresentar recurso ao CNBS, no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data de publicação da decisão técnica da CTNBio.

CAPÍTULO V - DA COMISSÃO INTERNA DE BIOSSEGURANÇA - CIBIO

Art. 17. Toda instituição que utilizar técnicas e métodos de engenharia genética ou realizar pesquisas com OGM e seus derivados deverá criar uma Comissão Interna de Biossegurança - CIBio, além de indicar um técnico principal responsável para cada projeto específico.

Art.18. Compete à CIBio, no âmbito da instituição onde constituída:

I- manter informados os trabalhadores e demais membros da coletividade, quando suscetíveis de serem afetados pela atividade, sobre as questões relacionadas com a saúde e a segurança, bem como sobre os procedimentos em caso de acidentes;

II- estabelecer programas preventivos e de inspeção para garantir o funcionamento das instalações sob sua responsabilidade, dentro dos padrões e normas de biossegurança, definidos pela CTNBio na regulamentação desta Lei;

III - encaminhar à CTNBio os documentos cuja relação será estabelecida na regulamentação desta Lei, para efeito de análise, registro ou autorização do órgão competente, quando couber;

IV - manter registro do acompanhamento individual de cada atividade ou projeto em desenvolvimento que envolvam OGM ou seus derivados;

V- notificar à CTNBio, aos órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no art. 16 desta Lei, e às entidades de trabalhadores o resultado de avaliações de risco a que estão submetidas as pessoas expostas, bem como qualquer acidente ou incidente que possa provocar a disseminação de agente biológico;

VI- investigar a ocorrência de acidentes e as enfermidades possivelmente relacionados a OGM e seus derivados e notificar suas conclusões e providências à CTNBio.

CAPÍTULO VI - DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM BIOSSEGURANÇA - SIB

Art. 19. Fica criado, no âmbito do Ministério da Ciência e Tecnologia, o Sistema de Informações em Biossegurança - SIB, destinado à gestão das informações decorrentes das atividades de análise, autorização, registro, monitoramento e acompanhamento das atividades que envolvam OGM e seus derivados.

§1º As disposições dos atos legais, regulamentares e administrativos que alterem, complementem ou produzam efeitos sobre a legislação de biossegurança de OGM e seus derivados deverão ser divulgadas no SIB concomitantemente com a entrada em vigor desses atos.

§2º Os órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no art. 16 desta Lei, deverão alimentar o SIB com as informações relativas às atividades de que trata esta Lei, processadas no âmbito de sua competência.

CAPÍTULO VII - DA RESPONSABILIDADE CIVIL E ADMINISTRATIVA

Art. 20. Sem prejuízo da aplicação das penas previstas nesta Lei, os responsáveis pelos danos ao meio ambiente e a terceiros responderão, solidariamente, por sua indenização ou reparação integral, independentemente da existência de culpa.

Art. 21. Considera-se infração administrativa toda ação ou omissão que viole as normas previstas nesta Lei e demais disposições legais pertinentes.

Parágrafo único. As infrações administrativas serão punidas na forma estabelecida no regulamento desta Lei, independentemente das medidas cautelares de apreensão de produtos, suspensão de venda de produto e embargos de atividades, com as seguintes sanções

I - advertência;

II - multa;

III - apreensão de OGM e seus derivados;

IV - suspensão da venda de OGM e seus derivados;

V - embargo da atividade;

VI - interdição parcial ou total do estabelecimento, atividade ou empreendimento;

VII - suspensão de registro, licença ou autorização;

VIII - cancelamento de registro, licença ou autorização;

IX - perda ou restrição de incentivo e benefício fiscal concedidos pelo governo;

X - perda ou suspensão da participação em linha de financiamento em estabelecimento oficial de crédito;

XI - intervenção no estabelecimento;

XII - proibição de contratar com a administração pública, por período de até 5 (cinco) anos.

Art. 22. Compete aos órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no art. 16 desta Lei, definir critérios, valores e aplicar multas de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) a R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais), proporcionalmente à gravidade da infração.

§1º As multas poderão ser aplicadas cumulativamente com as demais sanções previstas neste artigo.

§2º No caso de reincidência, a multa será aplicada em dobro.

§3º No caso de infração continuada, caracterizada pela permanência da ação ou omissão inicialmente punida, será a respectiva penalidade aplicada diariamente até cessar sua causa, sem prejuízo da paralisação imediata da atividade ou da interdição do laboratório ou da instituição ou empresa responsável.

Art. 23. As multas previstas nesta Lei serão aplicadas pelos órgãos e entidades de registro e fiscalização dos Ministérios da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Saúde, do Meio Ambiente e da Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca da Presidência da República, referidos no art. 16 desta Lei, de acordo com suas respectivas competências.

§1º Os recursos arrecadados com a aplicação de multas serão destinados aos órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no art. 16 desta Lei, que aplicarem a multa.

§2º Os órgãos e entidades fiscalizadores da administração pública federal poderão celebrar convênios com os Estados, Distrito Federal e Municípios, para a execução de serviços relacionados à atividade de fiscalização prevista nesta Lei

§ 3º A autoridade fiscalizadora encaminhará cópia do auto de infração à CTNBio.

§4º Quando a infração constituir crime ou contravenção, ou lesão à Fazenda Pública ou ao consumidor, a autoridade fiscalizadora representará junto ao órgão competente para apuração das responsabilidades administrativa e penal.

CAPÍTULO VIII - DOS CRIMES E DAS PENAS

Art. 24. Utilizar embrião humano em desacordo com o que dispõe o art. 5º desta Lei:

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

Art. 25. Praticar engenharia genética em célula germinal humana, zigoto humano ou embrião humano:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

Art. 26. Realizar clonagem humana:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.

Art. 27. Liberar ou descartar OGM no meio ambiente, em desacordo com as normas estabelecidas pela CTNBio e pelos órgãos e entidades de registro e fiscalização:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

§ 1º (Vetado)

§2º Agrava-se a pena:

I - de 1/6 (um sexto) a 1/3 (um terço), se resultar dano à propriedade alheia;

II - de 1/3 (um terço) até a metade, se resultar dano ao meio ambiente;

III - da metade até 2/3 (dois terços), se resultar lesão corporal de natureza grave em outrem;

IV - de 2/3 (dois terços) até o dobro, se resultar a morte de outrem.

Art.28. Utilizar, comercializar, registrar, patentear e licenciar tecnologias genéticas de restrição do uso:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.

Art. 29. Produzir, armazenar, transportar, comercializar, importar ou exportar OGM ou seus derivados, sem autorização ou em desacordo com as normas estabelecidas pela CTNBio e pelos órgãos e entidades de registro e fiscalização:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 2 (dois) anos, e multa.

CAPÍTULO IX - DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 30. Os OGM que tenham obtido decisão técnica da CTNBio favorável a sua liberação comercial até a entrada em vigor desta Lei poderão ser registrados e comercializados, salvo manifestação contrária do CNBS, no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da publicação desta Lei.

Art. 31. A CTNBio e os órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no art. 16 desta Lei, deverão rever suas deliberações de caráter normativo, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, a fim de promover sua adequação às disposições desta Lei.

Art. 32. Permanecem em vigor os Certificados de Qualidade em Biossegurança, comunicados e decisões técnicas já emitidos pela CTNBio, bem como, no que não contrariarem o disposto nesta Lei, os atos normativos emitidos ao amparo da Lei nº. 8.974, de 5 de janeiro de 1995.

Art. 33. As instituições que desenvolverem atividades reguladas por esta Lei na data de sua publicação deverão adequar-se as suas disposições no prazo de 120 (cento e vinte) dias, contado da publicação do decreto que a regulamentar.

Art. 34. Ficam convalidados e tornam-se permanentes os registros provisórios concedidos sob a égide da Lei nº. 10.814, de 15 de dezembro de 2003.

Art. 35. Ficam autorizadas a produção e a comercialização de sementes de cultivares de soja geneticamente modificadas tolerantes a glifosato registradas no Registro Nacional de Cultivares - RNC do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento.

Art. 36. Fica autorizado o plantio de grãos de soja geneticamente modificada tolerante a glifosato, reservados pelos produtores rurais para uso próprio, na safra 2004/2005, sendo vedada à comercialização da produção como semente.

Parágrafo único. O Poder Executivo poderá prorrogar a autorização de que trata o *caput* deste artigo.

Art. 37. A descrição do Código 20 do Anexo VIII da Lei nº. 6.938, de 31 de agosto de 1981, acrescido pela Lei nº. 10.165, de 27 de dezembro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

"ANEXO VIII

Código	Categoria	Descrição	Pp/gu
.....			
20	Uso de Recursos Naturais	Silvicultura; exploração econômica da madeira ou lenha e subprodutos florestais; importação ou exportação da fauna e flora nativas brasileiras; atividade de criação e exploração econômica de fauna exótica e de fauna silvestre; utilização do patrimônio genético	Médio

		natural; exploração de recursos aquáticos vivos; introdução de espécies exóticas, exceto para melhoramento genético vegetal e uso na agricultura; introdução de espécies geneticamente modificadas previamente identificadas pela CTNBio como potencialmente causadoras de significativa degradação do meio ambiente; uso da diversidade biológica pela biotecnologia em atividades previamente identificadas pela CTNBio como potencialmente causadoras de significativa degradação do meio ambiente.	
.....			

Art.38(Vetado)

Art. 39. Não se aplica aos OGM e seus derivados o disposto na Lei nº. 7.802, de 11 de julho de 1989, e suas alterações, exceto para os casos em que eles sejam desenvolvidos para servir de matéria prima para a produção de agrotóxicos.

Art.40. Os alimentos e ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal que contenham ou sejam produzidos a partir de OGM ou derivados deverão conter informação nesse sentido em seus rótulos, conforme regulamento.

Art.41. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 42. Revogam-se a Lei nº. 8.974, de 5 de janeiro de 1995, a Medida Provisória nº. 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº. 10.814, de 15 de dezembro de 2003.

Brasília, 24 de março de 2005;

184º da Independência e 117º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcio Thomaz Bastos

Celso Luiz Nunes Amorim

Roberto Rodrigues

Humberto Sérgio Costa Lima

Luiz Fernando Furlan

Patrus Ananias

Eduardo Campos

Marina Silva

Miguel Soldatelli Rossetto

José Dirceu de Oliveira e Silva

ANEXO B – Resolução CFM n. 1.358/1992

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº. 1.358/1992

(Publicada no D.O.U., 19 de novembro de 1992, Seção I, p.16053)

(Revogada pela Resolução CFM nº. 1957/2010)

Adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a importância da infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la;

CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários dos casos de infertilidade humana;

CONSIDERANDO que as técnicas de Reprodução Assistida têm possibilitado a procriação em diversas circunstâncias em que isto não era possível pelos procedimentos tradicionais;

CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar o uso destas técnicas com os princípios da ética médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 11 de novembro de 1992;

RESOLVE:

Art. 1º - Adotar as NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, anexas à presente Resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

São Paulo -SP, 11 de novembro de 1992.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL

Presidente -Secretário-Geral

A Resolução CFM nº. 1.358/92, após 18 anos de vigência, recebeu modificações relativas à reprodução assistida, o que gerou a presente resolução, que a substitui *in totum*.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº. 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº. 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº. 44.045, de 19 de julho de 1958, e **CONSIDERANDO** a importância da infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la;

CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico permite solucionar vários dos casos de reprodução humana;

CONSIDERANDO que as técnicas de reprodução assistida têm possibilitado a procriação em diversas circunstâncias, o que não era possível pelos procedimentos tradicionais;

CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar o uso dessas técnicas com os princípios da ética médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 15 de dezembro de 2010,

RESOLVE:

Art. 1º - Adotar as NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CFM nº. 1.358/92, publicada no DOU, seção I, de 19 de novembro de 1992, página 16053.

Brasília-DF, 15 de dezembro de 2010

ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

3 - O consentimento informado será obrigatório a todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida, inclusive aos doadores. Os aspectos médicos envolvendo as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será expresso em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, das pessoas submetidas às técnicas de reprodução assistida.

4 - As técnicas de RA não devem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (sexagem) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.

5 - É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.

6 - O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Em relação ao número de embriões a serem transferidos, são feitas as seguintes determinações: a) mulheres com até 35 anos: até dois embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até três embriões; c) mulheres com 40 anos ou mais: até quatro embriões.

7 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem à redução embrionária.

II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA

1 - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo, e acordo com a legislação vigente.

III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA

As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição, transferência e descarte de material biológico humano para a paciente de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos:

1 - um diretor técnico responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

2 - um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, nascimentos e malformações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões.

3 - um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos pacientes das técnicas de RA, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças.

IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1 - A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.

2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

3 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.

4 - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores.

5 - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) venha a produzir mais do que uma gestação de criança de sexo diferente numa área de um milhão de habitantes.

6 - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

7 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas trabalham participar como doador nos programas de RA.

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

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

2 - Do número total de embriões produzidos em laboratório, os excedentes, viáveis, serão criopreservados.

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 falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.

VI - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE EMBRIÕES

As técnicas de RA também podem ser utilizadas na preservação e tratamento de doenças genéticas ou hereditárias, quando perfeitamente indicadas e com suficientes garantias de diagnóstico e terapêutica.

1 - Toda intervenção sobre embriões "*in vitro*", com fins diagnósticos, não poderá ter outra finalidade que não a de avaliar sua viabilidade ou detectar doenças hereditárias, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.

2 - Toda intervenção com fins terapêuticos sobre embriões "*in vitro*" não terá outra finalidade que não a de tratar uma doença ou impedir sua transmissão, com garantias reais de sucesso, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.

3 - O tempo máximo de desenvolvimento de embriões "*in vitro*" será de 14 dias.

VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética.

1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

VIII – REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST MORTEM

Não constitui ilícito ético a reprodução assistida *post mortem* desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.

ANEXO D – Resolução CFM n. 2.013/2013**RESOLUÇÃO CFM Nº. 2.013/13**

Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº. 1.957/10.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº. 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº. 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº. 44.045, de 19 de julho de 1958, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e CONSIDERANDO a importância da infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la; CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários casos de problemas de reprodução humana; CONSIDERANDO que o pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5.5.2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva (ADI 4.277 e ADPF 132); CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar o uso destas técnicas com os princípios da ética médica; CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de abril de 2013, RESOLVE: 2 Art. 1º Adotar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Art. 2º Revoga-se a Resolução CFM nº. 1.957/10, publicada no D.O.U. de 6 de janeiro de 2011, Seção I, p. 79, e demais disposições em contrário. Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 16 de abril de 2013

ROBERTO LUIZ D'AVILA HENRIQUE BATISTA E SILVA Presidente
Secretário-geral

2-NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

I - PRINCÍPIOS GERAIS 1 - As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar a resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação. 2 - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente, e a idade máxima das candidatas à gestação de RA é de 50 anos. 3 - O consentimento informado será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, das pessoas a serem submetidas às técnicas de reprodução assistida. 4 - As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer. 4 5 - É proibida a fecundação de óocitos humanos, com qualquer outra finalidade que não a procriação humana. 6 - O número máximo de óocitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos faz-se as seguintes recomendações: a) mulheres com até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres entre 40 e 50 anos: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos. 7 - Em caso de gravidez múltipla,

decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária. II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA 1 - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre a mesma, de acordo com a legislação vigente. 2 - É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico. III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição, transferência e descarte de material biológico humano para a paciente de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos: 5 1 - um diretor técnico responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição; 2 - um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, nascimentos e malformações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões; 3 - um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos pacientes das técnicas de RA, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças; 4 - Os registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina. IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES 1 - A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial. 2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa. 3 - A idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e 50 anos para o homem. 4 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador. 6 5 - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com a legislação vigente. 6 - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais que duas gestações de crianças de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes. 7 - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível, deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora. 8 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas prestam serviços, participarem como doadores nos programas de RA. 9 - É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, onde doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES 1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos e embriões e tecidos gonádicos. 2 - O número total de embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, devendo os excedentes, viáveis, serem criopreservados. 7 3 - No momento da criopreservação os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos embriões criopreservados, quer em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los. 4 - Os embriões criopreservados com mais de 5 (cinco) anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes, e não apenas para pesquisas de células-tronco, conforme previsto na Lei de Biossegurança. VI - DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DE EMBRIÕES 1 - As técnicas de RA podem ser utilizadas acopladas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de

alterações genéticas causadoras de doenças. 2 - As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, com o intuito de seleção de embriões HLA-compatíveis com algum filho(a) do casal já afetado por doença, doença esta que tenha como modalidade de tratamento efetivo o transplante de células-tronco ou de órgãos. 3 - O tempo máximo de desenvolvimento de embriões "*in vitro*" será de 14 dias. VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO) As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou em caso de união homoafetiva. 1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros num parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; 8 segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima), em todos os casos respeitada a idade limite de até 50 anos. 2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial. 3 - Nas clínicas de reprodução os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário do paciente: - Termo de Consentimento Informado assinado pelos pacientes (pais genéticos) e pela doadora temporária do útero, consignado. Obs.: gestação compartilhada entre homoafetivos onde não existe infertilidade; - relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional da doadora temporária do útero; - descrição pelo médico assistente, pormenorizada e por escrito, dos aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA, com dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta; - contrato entre os pacientes (pais genéticos) e a doadora temporária do útero (que recebeu o embrião em seu útero e deu à luz), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança; - os aspectos biopsicossociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal; - os riscos inerentes à maternidade; - a impossibilidade de interrupção da gravidez após iniciado o processo gestacional, salvo em casos previstos em lei ou autorizados judicialmente; 9 - a garantia de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero, até o puerpério; - a garantia do registro civil da criança pelos pacientes (pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez; - se a doadora temporária do útero for casada ou viver em união estável, deverá apresentar, por escrito, a aprovação do cônjuge ou companheiro. VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST-MORTEM É possível desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente. IX - DISPOSIÇÃO FINAL Casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina. 10 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM nº. 2.013/13 No Brasil, até a presente data não há legislação específica a respeito da reprodução assistida. Transitam no Congresso Nacional, há anos, diversos projetos a respeito do assunto, mas nenhum deles chegou a termo. Considerando as dificuldades relativas ao assunto, o Conselho Federal de Medicina produziu uma resolução – Resolução CFM nº. 1.957/10 – orientadora dos médicos quanto às condutas a serem adotadas diante dos problemas decorrentes da prática da reprodução assistida, normatizando as condutas éticas a serem obedecidas no exercício das técnicas de reprodução assistida. A Resolução CFM nº. 1.957/10 mostrou-se satisfatória e eficaz, balizando o controle dos processos de Fertilização assistida. No entanto, as mudanças sociais e a constante e rápida evolução científica nessa área tornaram necessária a sua revisão. Uma insistente e reiterada solicitação das clínicas de fertilidade de todo o país foi a abordagem sobre o descarte de embriões congelados, alguns até com mais de 20 (vinte) anos, em abandono e entulhando os serviços. A comissão revisora observou que a Lei de Biossegurança (Lei no 11.105/05), em seu artigo 5º, inciso II, já autorizava o descarte de embriões congelados há 3 (três) anos, contados a partir da data do congelamento, para uso em pesquisas sobre células-tronco. A proposta é ampliar o prazo para 5 (cinco) anos, e não só para pesquisas sobre células-tronco. Outros fatores motivadores foram a falta de limite de idade para o uso das técnicas e o excessivo número de mulheres com baixa probabilidade de gravidez devido à idade, que necessitam a recepção de óvulos doados.

Esses aspectos geraram dúvidas crescentes oriundas dos Conselhos Regionais de Medicina, provocando a necessidade de atualizações. 11 O somatório dos fatores acima citados foi estudado pela comissão, em conjunto com representantes da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e Sociedade Brasileira de Genética Médica, sob a coordenação do conselheiro federal José Hiran da Silva Gallo. Esta é a visão da comissão formada, que trazemos à consideração do plenário do Conselho Federal de Medicina.

Brasília-DF, 16 de abril de 2013

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO

Coordenador da Comissão de Revisão da Resolução CFM nº. 1.358/92 – Reprodução Assistida

ANEXO E – Resolução CFM n. 2.121/2015**RESOLUÇÃO CFM nº. 2.121/2015 (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2015,
Seção I, p. 117)**

Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos – tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº. 2.013/13, publicada no D.O.U. de 9 de maio de 2013, Seção I, p. 119. O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº. 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº. 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº. 44.045, de 19 de julho de 1958, e pelo Decreto nº. 6.821, de 14 de abril de 2009, e CONSIDERANDO a infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la; CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários casos de problemas de reprodução humana; CONSIDERANDO que o pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5 de maio de 2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva (ADI 4.277 e ADPF 132); CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar o uso dessas técnicas com os princípios da ética médica; CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de julho de 2015, RESOLVE: Art. 1º Adotar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Art. 2º Revogar a Resolução CFM nº. 2.013/2013, publicada no D.O.U. de 9 de maio de 2013, Seção I, p. 119 e demais disposições em contrário. Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 16 de julho de 2015.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA HENRIQUE BATISTA E SILVA
Presidente Secretário-geral

NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA I - PRINCÍPIOS GERAIS 1 - As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação. 2 - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para o(a) paciente ou o possível descendente, sendo a idade máxima das candidatas à gestação de RA de 50 anos. 3 - As exceções ao limite de 50 anos para participação do procedimento serão determinadas, com fundamentos técnicos e científicos, pelo médico responsável e após esclarecimento quanto aos riscos envolvidos. 4 - O consentimento livre e esclarecido informado será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico e ético. O documento de consentimento livre e esclarecido informado será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, obtida a partir de discussão bilateral entre as pessoas envolvidas nas técnicas de reprodução assistida. 5 - As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças do filho que venha a nascer. 6 - É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação humana. 7 - O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, fazem-se as seguintes determinações de acordo com a idade: a) mulheres até

35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres com 40 anos ou mais: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.

8 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária. II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA 1 - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente. 2 - É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito a objeção de consciência por parte do médico. 3 - É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade. III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, pela coleta, pelo manuseio, pela conservação, pela distribuição, pela transferência e pelo descarte de material biológico humano para o(a) paciente de técnicas de RA. Devem apresentar como requisitos mínimos:

1- Um diretor técnico – obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição – com registro de especialista em áreas de interface com a RA, que será responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados; 2- Um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, dos nascimentos e das malformações de fetos ou recém nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões; 3- Um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o(a) paciente, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças; 4- Os registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.

IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES 1- A doação não poderá ter caráter lucrativo ou comercial. 2- Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa. 3- A idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e de 50 anos para o homem. 4- Será mantido, obrigatoriamente, o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, informações sobre os doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do(a) doador(a). 5- As clínicas, centros ou serviços onde é feita a doação devem manter, de forma permanente, um registro com dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com legislação vigente. 6- Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais de duas gestações de crianças de sexos diferentes em uma área de um milhão de habitantes. 7- A escolha dos doadores é de responsabilidade do médico assistente. Dentro do possível, deverá garantir que o(a) doador(a) tenha a maior semelhança fenotípica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora. 8- Não será permitido aos médicos, funcionários e demais integrantes da equipe multidisciplinar das clínicas, unidades ou serviços, participarem como doadores nos programas de RA. 9- É permitida a doação voluntária de gametas masculinos, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, em que doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido. V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES 1- As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos, embriões e tecidos gonádicos. 2- O número total de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco. Os excedentes, viáveis, devem ser criopreservados. 3- No momento da criopreservação, os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento, de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los. 4- Os embriões criopreservados com mais de cinco anos poderão ser descartados se esta

for a vontade dos pacientes. A utilização dos embriões em pesquisas de células-tronco não é obrigatória, conforme previsto na Lei de Biossegurança.

VI - DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DE EMBRIÕES 1- As técnicas de RA podem ser utilizadas aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças – podendo nesses casos serem doados para pesquisa ou descartados. 2- As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, no intuito de selecionar embriões HLA-compatíveis com algum(a) filho(a) do casal já afetado pela doença e cujo tratamento efetivo seja o transplante de células-tronco, de acordo com a legislação vigente. 3- O tempo máximo de desenvolvimento de embriões *in vitro* será de 14 dias.

VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As clínicas, centros ou serviços de reprodução assistida podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou em caso de união homoafetiva.

1- As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima). Demais casos estão sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

2- A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

3- Nas clínicas de reprodução assistida, os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário do paciente:

3.1. Termo de consentimento livre e esclarecido informado assinado pelos pacientes e pela doadora temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, bem como aspectos legais da filiação;

3.2. Relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos;

3.3. Termo de Compromisso entre os pacientes e a doadora temporária do útero (que receberá o embrião em seu útero), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança;

3.4. Garantia, por parte dos pacientes contratantes de serviços de RA, de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero, até o puerpério;

3.5. Garantia do registro civil da criança pelos pacientes (pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez;

3.6. Aprovação do cônjuge ou companheiro, apresentada por escrito, se a doadora temporária do útero for casada ou viver em união estável.

VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST-MORTEM É permitida a reprodução assistida post-mortem desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.

IX - DISPOSIÇÃO FINAL Casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Federal de Medicina.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº. 2.121/2015 No Brasil, até a presente data, não há legislação específica a respeito da reprodução assistida (RA).

Tramitam no Congresso Nacional, há anos, diversos projetos a respeito do assunto, mas nenhum deles chegou a termo.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) age sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da obediência aos princípios éticos e bioéticos, que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos.

Manter a limitação da idade das candidatas à gestação de RA até 50 anos foi primordial, com o objetivo de preservar a saúde da mulher, que poderá ter uma série de complicações no período gravídico, de acordo com a medicina baseada em evidências.

Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação da reprodução assistida foram detalhadamente expostos nesta revisão realizada pela Comissão de Revisão da Resolução CFM nº. 2.013/13, em conjunto com representantes da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e Sociedade Brasileira de Genética Médica, sob a coordenação do conselheiro federal José Hiran da Silva Gallo.

Esta é a visão da comissão formada que trazemos à consideração do plenário do Conselho Federal de Medicina.

Brasília-DF, 16 de julho de 2015.

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO

Coordenador da Comissão de Revisão da Resolução CFM nº. 2.013/13 – Reprodução Assistida

ANEXO F – Resolução RDC n. 29 de 12 de maio de 2008**RESOLUÇÃO - RDC Nº. 29, DE 12 DE MAIO DE 2008**

Aprova o Regulamento técnico para o cadastramento nacional dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG) e o envio da informação de produção de embriões humanos produzidos por Fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº. 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 6 de maio de 2008,

e considerando a competência atribuída a esta Agência, a teor do art. 8º, § 1º, VIII da Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999;

considerando o disposto no § 4º do Art. 199 da Constituição Federal de 1988 que veda todo o tipo de comercialização de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento;

considerando o art. 5º da Lei nº. 11.105, de 24 de março de 2005, que permite, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por Fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento;

considerando os artigos 63, 64 e 65 do Decreto nº. 5.591, de 22 de novembro de 2005, que regulamentam os dispositivos da Lei nº. 11.105, de 24 de março de 2005; considerando a Portaria nº. 2.526, de 21 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a informação de dados necessários à identificação de embriões humanos produzidos por Fertilização *in vitro* e atribui competência à ANVISA para elaborar e manter o cadastro dos embriões produzidos por Fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento;

considerando a RDC/ANVISA nº. 33, de 17 de fevereiro de 2006, que aprova o regulamento técnico para o funcionamento dos bancos de células e tecidos germinativos;

considerando a necessidade de regulamentar o funcionamento do sistema nacional de produção dos embriões humanos disponíveis e embriões humanos;

adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Instituir procedimentos relativos ao Cadastramento Nacional dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG) e Informação da Produção dos Embriões Humanos produzidos por técnicas de Fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento.

Art. 2º Determinar que o envio de informações sobre a produção de embriões humanos produzidos por técnicas de Fertilização *in vitro* deva ser realizado pelos BCTG.

Parágrafo único. O BCTG, serviço legalmente constituído e vinculado a um estabelecimento assistencial de saúde especializado em Reprodução Humana Assistida, deve seguir este Regulamento e o descrito na RDC/ANVISA nº. 33, de 17 de fevereiro de 2006, ou a que vier substituí-la.

Art. 3º Instituir o Sistema Nacional de Produção de Embriões - SisEmbrio.

Art. 4º Aprovar, na forma dos Anexos desta RDC, o Regulamento Técnico para o cadastro dos BCTG e envio de informações sobre a produção de embriões humanos produzidos por técnicas de Fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento.

Art. 5º O não cumprimento do disposto nesta RDC configurará infração sanitária, sujeitando o infrator às penalidades previstas na Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977, ou a que vier substituí-la.

Art. 6º Esta Resolução de Diretoria Colegiada e seu Anexo devem ser revistos, no mínimo, a cada três anos.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Ficam revogados os itens 5.j.9 e 5.j.10 da RDC/ANVISA nº 33, de 17 de fevereiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº. 36, de 20 de fevereiro de 2006, seção 1, pág. 39 e em suplemento pág. 1.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

ANEXO 1
REGULAMENTO TÉCNICO PARA CADASTRO DOS BANCOS DE CÉLULAS E
TECIDOS GERMINATIVOS (BCTG) E ENVIO DE INFORMAÇÕES SOBRE A
PRODUÇÃO DE EMBRIÕES HUMANOS PRODUZIDOS POR FERTILIZAÇÃO IN
VITRO E NÃO UTILIZADOS NO RESPECTIVO PROCEDIMENTO

A. NORMAS GERAIS

1 A identificação e o armazenamento de embriões humanos produzidos por técnicas de Fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento é de responsabilidade do Banco de Células e Tecidos Germinativos (BCTG).

1.1 O BCTG deve atender às exigências legais para a sua instalação e funcionamento, incluindo as descritas na RDC/ANVISA nº. 33, de 17 de fevereiro de 2006, que determina Regulamento Técnico para o seu funcionamento, ou o que vier substituí-la.

2 A criação e manutenção do Sistema Nacional de Produção de Embriões - SisEmbrio é de responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

3 O preenchimento e a atualização do SisEmbrio é de responsabilidade do BCTG.

4 O BCTG terá o prazo de 60 (sessenta dias) para fornecer os dados descritos no Anexo 2 à ANVISA.

B. TERMINOLOGIA E DEFINIÇÕES

5 Serão consideradas, para efeitos dessa RDC, a terminologia e as definições que se seguem, incluindo as já adotadas pela Lei nº. 11.105, de 24 de março de 2005, e pelo Decreto nº. 5.591, de 22 de novembro de 2005:

a) Banco de células e tecidos germinativos - BCTG: serviço destinado a selecionar doador(a)s, coletar, transportar, registrar, processar, armazenar, descartar e liberar células e tecidos germinativos, para uso terapêutico de terceiros ou do(a) próprio(a) doador(a).

b) Células-tronco embrionárias: células de embrião que apresentam a capacidade de se transformar em células de qualquer tecido de um organismo.

c) Fertilização *in vitro*: a fusão dos gametas realizada por qualquer técnica de fecundação extracorpórea.

d) Embriões congelados disponíveis: aqueles congelados até o dia 28 de março de 2005, depois de completados três anos contados a partir da data do seu congelamento.

e) embriões inviáveis: aqueles com alterações genéticas comprovadas por diagnóstico pré implantacional, conforme normas específicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que tiveram seu desenvolvimento interrompido por ausência espontânea de clivagem após período superior a vinte e quatro horas a partir da Fertilização *in vitro*, ou com alterações morfológicas que comprometam o pleno desenvolvimento do embrião;

f) SisEmbrio: Sistema Nacional de Produção de Embriões;

C. NORMAS ESPECÍFICAS

6 Para utilização em pesquisa e terapia com células-tronco embrionárias, o embrião só poderá ser liberado desde que respeitada a legislação específica em vigor.

D. OPERACIONALIZAÇÃO

7 Para preenchimento eletrônico dos formulários de SisEmbrio, o BCTG deverá se cadastrar no sistema de cadastro de instituições da ANVISA, disponível no sítio eletrônico da ANVISA, área de atuação "sangue, tecidos e órgãos".

7.1 Após confirmação do cadastro, os formulários deverão ser preenchidos no programa informatizado disponibilizado no sítio eletrônico da ANVISA.

8 O SisEmbrio deve ser preenchido com as informações constadas no Anexo 2 desta RDC.

9 O BCTG, ao preencher o SisEmbrio, deve enviar os formulários de acordo com os seguintes prazos:

9.1 O BCTG terá o prazo de 60 (sessenta) dias a partir da data de publicação desta RDC, para enviar os dados referentes a todos os embriões produzidos por Fertilização *in vitro* até o dia 31 de dezembro de 2007, e que não tenham sido utilizados no respectivo procedimento.

9.2 A partir de 01 de janeiro de 2008, o BCTG deve atualizar o SisEmbrio anualmente, enviando os dados referentes a todos embriões produzidos por Fertilização *in vitro* e que não tenham sido utilizados no respectivo procedimento.

9.3 O BCTG terá até o dia 31 de janeiro do ano subsequente para enviar os dados referentes a todos os embriões produzidos por Fertilização *in vitro* e que não tenham sido utilizados no respectivo procedimento no ano anterior.

10 A ANVISA disponibilizará em seu sítio eletrônico os dados consolidados por Estado, em um período de até 30 dias após o recebimento das informações dos bancos.

ANEXO 2

SISTEMA NACIONAL DE PRODUÇÃO DE EMBRIÕES

A. NORMAS GERAIS

1 Os formulários do SisEmbrio para cada BCTG deverão ser preenchidos com as seguintes informações:

1.1 Para os BCTG que congelaram embriões até o ano de 2004:

a. Ano de referência, sendo considerado ano de início do congelamento de embriões: preenchimento numérico.

b. Número de embriões congelados no ano: preenchimento numérico.

1.2 Para os BCTG que congelaram embriões no ano de 2005: Ano de referência: preenchimento numérico;

b. Número de embriões que foram congelados até 28/03/2005: preenchimento numérico;

c. Número de embriões NÃO classificados como inviáveis que foram congelados após 28/03/2005: preenchimento numérico;

d. Total de embriões congelados no ano: preenchimento numérico;

e. Número de embriões doados para pesquisa classificados como inviáveis e que foram congelados após 28/03/2005: preenchimento numérico;

f. Número de embriões doados para pesquisa que completaram, em 2005, mais de 3 (três) anos de congelamento: preenchimento numérico;

g. Número de embriões doados a fresco para pesquisa, que foram classificados como inviáveis após 28/03/2005: preenchimento numérico;

1.3 Para os BCTG que congelaram embriões após 2005

a. Ano de referência: preenchimento numérico;

b. Número de embriões NÃO classificados como inviáveis que foram congelados no ano de referência: preenchimento numérico;

c. Total de embriões congelados no ano de referência: preenchimento numérico;

d. Número de embriões doados para pesquisa, classificados como inviáveis e que foram congelados: preenchimento numérico;

e. Número de embriões doados para pesquisa que completaram no ano de referência mais de 3 anos de congelamento: preenchimento numérico;

f. Número de embriões doados a fresco para pesquisa que foram classificados como inviáveis: preenchimento numérico;

2 A responsabilidade pelos dados disponibilizados no formulário é do BCTG que o está preenchendo.

ANEXO G - Solicitação de autorização da pesquisa junto ao Centro de Reprodução Humana da Rede *Mater Dei* de Saúde, em Belo Horizonte (MG)

À Dra. Rívia Mara Lamaita,
Centro de Reprodução Humana da Rede Mater Dei
de Saúde
Rua Gonçalves Dias,
Bairro: Santo Agostinho
Belo Horizonte – Minas Gerais
CEP: 30140-093

unesp
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Assunto: Autorização para pesquisa no Centro de Reprodução Humana da Rede Mater Dei de Saúde
Franca, 07 de março de 2015.

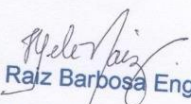
Senhora doutora Rívia,

Solicitamos autorização de V. S^a. para desenvolver a pesquisa: "Bioética na Reprodução Assistida- Os impactos éticos e emocionais na problemática do descarte de embriões excedentários" neste centro. O objetivo da pesquisa é compreender os aspectos bioéticos envolvidos na problemática do descarte de embriões excedentários, bem como estudar os aspectos éticos e analisar aspectos emocionais vividos por aqueles casais submetidos ao tratamento de Fertilização in Vitro – FIV nesta clínica, que optaram pelo descarte destes seus embriões (seja para doação para casais inférteis ou para pesquisa).

Certos de contarmos com o apoio e colaboração de V. S^a, agradecemos.

Respeitosamente,


Cynthia Silva Machado
Pesquisadora


Profa. Dra. Helen Raiz Barbosa Engler
Orientadora

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - Campus Franca Av. Eufrásia Monteiro Petráglio, 900
Bairro: Jd. Dr. Antônio Petráglio
Cep: 14409-160 - Franca/SP

ANEXO H - Retorno da solicitação de autorização de pesquisa do Centro de Reprodução Humana da Rede *Mater Dei* de Saúde, em Belo Horizonte (MG)

22/10/2015

Imprimir

Assunto: Enc: solicitação de pesquisa**De:** Cynthia Silva machado (cynthiasilvamachado@yahoo.com.br)**Para:** rivia.lamaita@materdei.com.br;**Data:** Quinta-feira, 23 de Abril de 2015 6:47

Prezada,
Bom dia!
Agradeço seu retorno.
Tão logo seja possível, encaminharei o Projeto de Pesquisa para você e para o Comitê de Ética da Unesp para aprovação.
Att
Cynthia Machado
Fones: (35)99422104 , 30212357 e 99129388

Em Sexta-feira, 17 de Abril de 2015 16:09, Rivia Mara Lamaita <rivia.lamaita@materdei.com.br> escreveu:

Ok concordo em participar de sua pesquisa. aguardo contato

Dr. Rivia Mara Lamaita
Setor de Reprodução Humana
Hospital Mater Dei
Tel(31) 3339-9920
Acesse www.materdei.com.br
E-mail: rivia.lamaita@materdei.com.br

Antes de imprimir, pense na sua responsabilidade e compromisso com o MEIO AMBIENTE.

ANEXO I – Parecer consubstanciado do CEP**FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS - UNESP
- CAMPUS DE FRANCA****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: BIOÉTICA NA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA
Os impactos éticos e emocionais na problemática do destino de embriões
excedentários

Pesquisador: cynthia silva machado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50806515.8.0000.5408

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Unesp - Campus de Franca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.319.468

Apresentação do Projeto:

O projeto está de acordo com as normas científicas, mas não foi apresentado com maior completude nas "Informações Básicas do Projeto".

Objetivo da Pesquisa:

Estão de acordo com o referencial teórico e são exequíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão bem dimensionados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema interessante e atual, podendo contribuir muito para o assunto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão de acordo com o esperado.

Recomendações:

--

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

--

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900

Bairro: Jd. Antonio Petraglia

CEP: 14.409-160

UF: SP

Município: FRANCA

Telefone: (16)3706-8723

Fax: (16)3706-8724

E-mail: comiteetica@franca.unesp.br

Pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade

Faculdade Ciências Humanas e Sociais –UNESP- Campus de Franca

Orientadora: Profa. Dra. Helen Barbosa Raiz Engler

Pesquisadora: Cynthia Silva Machado

TEMA: Bioética na Reprodução Humana Assistida: os impactos éticos e emocionais no destino de embriões excedentários

SUJEITOS:

- ✓ Equipe Técnico-administrativo de uma Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo (SP)

OBJETIVO GERAL:

- ✓ Compreender os aspectos bioéticos envolvidos na problemática da Reprodução Humana Assistida.

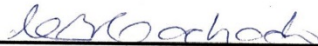
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Estudar os aspectos éticos vividos pela Equipe Técnico-administrativo de uma Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo (SP), responsável pelo tratamento de Reprodução Humana Assistida de casais que tiveram embriões excedentários após serem submetidos ao tratamento de Fertilização *in vitro*.
- ✓ Refletir sobre a dimensão subjetiva vivida *pela* Equipe Técnico-administrativo de uma Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo (SP), *responsável pelo tratamento de Reprodução Humana Assistida de casais que tiveram embriões excedentários após serem submetidos ao tratamento de Fertilização in vitro.*

Roteiro de questões:

1. Ao ser(em) submetido(s) ao tratamento de Fertilização *in vitro* (FIV) os pacientes são informada(o) de que poderia ter embrião(ões) excedentário(s) e por esta razão ser(em) levado(s) à criopreservação, podendo ter como destinos: a transferência futura em ciclos posteriores naturais ou induzidos, doação a outros casais inférteis, disponibilização para pesquisa de células tronco?
2. Como você percebe o aspecto transferência futura em ciclos posteriores naturais ou induzidos para os casais em tratamento?
3. Como você percebe o aspecto doação de para os casais inférteis?
4. Como você percebe o aspecto doação de embriões par disponibilização de pesquisa de célula tronco?
5. Os pacientes ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE) em sua maioria, optam por darem qual destino aos seu(s) embrião(ões) excedentário(s)? Na sua opinião essa atitude demonstra o que?
6. Para você o que seriam estes(s) embrião(ões) excedentário(s) e que estão criopreservados?
7. Qual o significado/valor que você daria a este embrião(ões)?
8. Qual o destino que esta clínica atribui ao embrião(ões) excedentário(s) quando não se tem a transferência posterior para o próprio casal?

9. Você compreende que há preconceito vivido pelos casais em relação ao embrião(ões) excedentário(s)?
10. Na sua opinião é ético destinar este(s) embrião(ões) excedentário(s) para outro casal(is) infértil(eis)?
11. Para você há impactos entre os valores pessoais e sua prática profissional em sua relação ao destino de embrião(ões) excedentário(s)? Exemplifique.
12. Quais sentimentos que você percebe nos seus pacientes em relação à doação de embriões?
13. Deseja mencionar mais algum(uns) aspecto(s) que não tenha(m) sido abordado(s) no nosso diálogo e que você o tenha como importante(s), essencial(is) ou fundamental(is)?


Pesquisadora Responsável: Cynthia Silva Machado

Endereço: Rua Caxambu, 901 Bairro Umuarama - Passos/MG CEP 37.902-340

Tel: (35)30212357 (35) 999129388

E-mail: cynthiasilvamachado@yahoo.com.br


Pesquisadora Orientadora: Prof. Dra. Helen Barbosa Raiz Engler

Endereço: Av. Major Nicácio, 2527 Apt. 132 Bairro São José - Franca/SP CEP 14.403-462

Tel: (16) 996406494

E-mail: helenraiz@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: _____ Nº _____ SEXO: M () F ()

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ FONE: _____

Eu, _____

1- Declaro, que dou plena autorização à pesquisadora orientadora Profa. Dra. Helen Barbosa Raiz Engler, docente e a pesquisadora responsável Cynthia Silva Machado, discente da Unesp/Campus de Franca para proceder às investigações necessárias ao projeto de pesquisa: Bioética na Reprodução Humana Assistida: os impactos éticos e emocionais no destino de embriões excedentários. Os objetivos dessa pesquisa são: compreender os aspectos bioéticos envolvidos na problemática do destino de embriões excedentários, bem como estudar os aspectos éticos e refletir sobre a dimensão subjetiva vivida por casais submetidos ao tratamento de Fertilização *in Vitro* – FIV e que escolheram como destino de seus embriões, a doação (seja para casais inférteis ou pesquisa de células-tronco), na perspectiva da Equipe Técnico-administrativo da Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo(SP).

2- Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações ou que foram lidas para mim, descrevendo o projeto de pesquisa acima referido. Foi discutida com a pesquisadora Cynthia Silva Machado a minha decisão de aceitar essa pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os propósitos desta pesquisa ser realizada, seus desconfortos e riscos. Ficou claro também que tenho direito garantido de acesso aos documentos do referido Protocolo de Pesquisa. Concorde voluntariamente com o que será realizado e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

3- Declaro, ainda que as informações foram prestadas de viva voz pela pesquisadora, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

4- Certifico que a pesquisadora me informou sobre a natureza e características da pesquisa proposta, como também os possíveis riscos advindos da realização da referida pesquisa.

Franca, de de

Assinatura do(a) participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Nome Cynthia Silva Machado

Endereço: Rua Caxambu, 901 Bairro Umuarama - Passos/MG CEP 37.902-340

Tel: (35)30212357/ (35) 999129388

E-mail: cynthiasilvamachado@yahoo.com.br

Assinatura da Pesquisadora Orientadora

Profa. Dra. Helen Barbosa Raiz Engler

Endereço: Av. Major Nicácio, 2527 Apt. 132 Bairro São José - Franca/SP CEP 14.403-462

Tel: (16) 996406494

E-mail: helenraiz@hotmail.com Dra. Helen Barbosa Raiz Engler



Ao Dr. Responsável
Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo(SP).

Assunto: Autorização para pesquisa na Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo(SP).

Franca, 26 de janeiro de 2016.

Prezado Senhor,

Solicitamos autorização de V. S^a. para desenvolver a pesquisa: "Bioética na Reprodução Assistida: os impactos éticos e emocionais no destino de embriões excedentários" nesta clínica. O objetivo da pesquisa é compreender os aspectos bioéticos na REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA e seus impactos éticos e emocionais no destino de embriões excedentários, na perspectiva da Equipe Técnico-administrativo da Clínica de Reprodução Humana do Estado de São Paulo(SP).

Frente ao exposto, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Certas de contarmos com o apoio e colaboração de V. S^a, agradecemos.

Respeitosamente,

Pesquisadora Responsável: Cynthia Silva Machado
Endereço: Rua Caxambu, 901 Bairro Umuarama - Passos/MG CEP 37.902-340
Tel: (35)30212357 (35) 999129388
E-mail: cynthiasilvamachado@yahoo.com.br

Pesquisadora Orientadora: Prof. Dra. Helen Barbosa Raiz Engler
Endereço: Av. Major Nicácio, 2527 Apt. 132 Bairro São José - Franca/SP CEP 14.403-462
Tel: (16) 996406494
E-mail: helenraiz@hotmail.com

Prof. Dra. Helen Barbosa Raiz Engler
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa- UNESP- Câmpus de Franca