



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Mestrado

LUCIANA SOARES DE MEDEIROS

AS LEIS DO DESEJO

**- Bioética e Direito de Acesso ao Serviço de Reprodução
Humana Assistida -**

Florianópolis

2007

LUCIANA SOARES DE MEDEIROS

AS LEIS DO DESEJO

- Bioética e Direito de Acesso ao Serviço de Reprodução Humana Assistida -

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde

Linha de pesquisa: Bioética

Orientadora: Profª Drª Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis

2007

MEDEIROS, Luciana S.

As leis do desejo – Bioética e Direito de Acesso ao Serviço de Reprodução Humana Assistida / Luciana Soares de Medeiros. Florianópolis: UFSC, 2007.

170 f.: il; 31 cm.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marta Inez Machado Verdi

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina – PPGSP-UFSC – Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Direito de Acesso, Reprodução Humana Assistida, Bioética, Bioética Cotidiana



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**“AS LEIS DO DESEJO - BIOÉTICA E DIREITO DE ACESSO AO SERVIÇO
DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA”**

AUTOR: Luciana Soares de Medeiros

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**

Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª. Marta Inez Machado Verdi
(Presidente)

Profª. Drª. Flávia Regina Souza Ramos
(Membro)

Profª. Drª. Sandra Noemi Caponi
(Membro)

Profª Drª Elza Berger Salema Coelho
(Suplente)

AGRADECIMENTOS

Aos que me ajudaram;

Aos que apenas o tentaram;

Aos que tentaram atrapalhar;

Aos que lograram fazê-lo;

Aos que sumiram diante dos olhos, mas permanecem intactos na lembrança;

Aos que ficaram por perto, mas distantes em vínculo e entrega;

À minha constante perplexidade e inquietação, motores do meu estímulo diante da vida e suas questões;

À minha impotência diante de como essa mesma vida se apresenta: por vezes doce e delicada, por vezes cruel e impiedosa;

À minha consciência de não precisar sempre estar no controle;

À minha necessidade de manter-me em um mínimo de autocontrole;

À continuidade descontínua dos meus pensamentos e atos;

Às minhas inerentes contradições, que me fazem ser quem eu sou, que me tornam esse ser tão complexo e único, que por mais que todas estas características me componham, não podem absolutamente definir quem sou eu em *Essência*.

À tudo o que já vivi;

À tudo o que deixei de viver;

À tudo o que ainda espero, acredito e *desejo* viver;

Meu mais que sincero “*Muito Obrigado!*”, por formarem o contexto onde insiro a minha existência.

*“A vida que me ensinaram
Como uma vida normal
Tinha trabalho, dinheiro, família, filhos e tal
Era tudo tão perfeito
Se tudo fosse só isso
Mas isso é menos do que tudo
É menos do que eu preciso”*

(Educação Sentimental II – Kid Abelha)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar como se configura o Direito de Acesso ao Serviço de Reprodução Humana Assistida (RHA), em especial no Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo foi desenvolvido através de pesquisa documental, em fontes oficiais do Governo Federal em suas vias impressa e eletrônica. A pesquisa selecionou os documentos que compunham o que havia no Governo sobre RHA, tendo sido encontrados 15 (quinze) Projetos de Lei, 2 (duas) Resoluções, 1 (uma) Portaria, 1 (uma) Lei e 1 (uma) Nota Técnica. Estes documentos são definidos como documentos oficiais e publicações parlamentares. A partir dos critérios da Análise de Conteúdo foi realizada a seleção - dentro deste material - dos que iriam compor o “corpus” de análise, restando então 1 (uma) Portaria e 6 (seis) Projetos de Lei. Estes foram separados em três áreas temáticas: Acesso a quem?; Acesso para quem?; e Condições e critérios de acesso. Estes grandes temas foram detalhados em categorias específicas, reveladoras de núcleos de sentido, que foram explorados ao longo da pesquisa. Esta revelou que o direito de acesso presente nos documentos oficiais é excludente, restritivo, e moralmente induzido por uma categoria profissional e suas arbitrariedades. A articulação dos sentidos revelados no corpus analisado com os referenciais da Bioética Cotidiana foi de extrema relevância para trabalharmos as visões de família que se fazem legitimadas através dessas propostas de regulamentação, assim como as questões éticas intrínsecas à formulação dos próprios textos destas. Faz-se necessário articular a formulação destas propostas de regulamentação do serviço não somente à visão médica já fortemente arraigada, mas também às outras áreas do conhecimento que já possuem material de discussão abrangente sobre a temática, que entretanto parece ser ignorado nos textos analisados. As visões advindas destes textos nos remetem à noção de família tradicional, nuclear, com forte acento patriarcal, modelo este já não mais hegemônico em nossa sociedade, e social e juridicamente ultrapassado por novas concepções familiares que também reivindicam visibilidade e legitimidade pelo Estado. O estudo pretende ser mais uma possibilidade de reflexão sobre as questões que envolvem o direito de acesso ao serviço de RHA, partindo do olhar bioético, que mostra-se adequado a uma discussão dentro da Saúde Pública, por partilhar com ela a possibilidade de olhar multi e interdisciplinar.

Palavras-chave: Direito de acesso aos serviços de saúde; Reprodução Humana Assistida, SUS, Bioética Cotidiana, Saúde Pública.

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate how is configured the Right of Access to the Assisted Human Reproduction Service (AHRS), especially inside the Single Health System. The study was developed through documentary research in official sources of the Brazilian Federal Government, in its printed and electronic ways. The research selected the governmental documents about AHRS: 15 (fifteen) Projects of Law, 2 (two) Resolutions, 1 (one) Government directive, 1 (one) Law and 1 (one) Technique Note. These documents are defined as official documents and parliamentary publications. From the criteria of the Analysis of Content were chosen the documents to compose the “corpus” of analysis, remaining then 1 (one) Government directive and 6 (six) Projects of Law. These had been separated in three thematic areas: Access to what?; Access to whom?; and Conditions and criteria of access. These great subjects had been detailed in specific categories, revealing nucleus of meaning that had been explored throughout the research. This revealed that the right of access in official documents is exclusive, restrictive, and morally induced by a professional category and its iniquities. The joint of these nucleus of meaning with the Everyday Bioethics was of extreme relevance to deal with the different kinds of family that are being legitimated through these proposals of regulation, as well as the ethical questions intrinsic to the formulation of these texts. It is necessary to articulate the formulation of these proposals of regulation of the service not only to the medical vision already strong, but also the other areas of knowledge that have already enough material about this theme, that however seem to be ignored in the analyzed texts. These texts remit us to the idea of traditional, nuclear family, with strong patriarchal structure, model not anymore hegemonic in our society, and social and legally surpassed by new familiar conceptions that also demand visibility and legitimacy from the State. The study intends to be one more possibility of reflection about the questions that involve the right of access to the AHRS from the Everyday Bioethics issues which seem to be adequate to a discussion inside the Public Health area, for sharing with it the possibility of a multi and interdisciplinary look.

Keywords: Right of Access to the Health Service; Assisted Human Reproduction, SUS, Everyday Bioethics, Public Health.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISAO DA LITERATURA	20
2.1 Família e Reprodução Humana Assistida	20
2.1.1 <i>Família: conceito e classificações</i>	20
2.1.2 <i>Questões da contemporaneidade e suas raízes históricas</i>	24
2.2 Reprodução Humana Assistida e Direito de Acesso à Saúde	31
2.2.1 <i>Terminologia empregada e Técnicas de RHA</i>	33
2.2.1 <i>Acesso e serviço público de saúde no Brasil</i>	36
2.2.3 <i>Tecnologia Reprodutiva como Direito Humano Fundamental</i>	38
2.3 Bioética, Direitos Humanos e RHA	41
3. PERCURSO METODOLÓGICO	52
3.1 Tipo de estudo	52
3.2 Coleta de dados	53
3.3 Análise dos dados	55
3.3.1 <i>Pré-análise</i>	56
3.3.2 <i>Categorização dos dados</i>	58
3.3.2.1 “ACESSO A QUÊ?”	60
3.3.2.2 “ACESSO PARA QUEM?”	60
3.3.2.3 “CONDIÇÕES E CRITÉRIOS DE ACESSO”	61
3.4 Considerações éticas em Pesquisa	64
4. O OLHAR BIOÉTICO SOBRE A CONFIGURAÇÃO DO DIREITO DE ACESSO....	66
4.1 Direito de Acesso	66
4.1.1 <i>Tema 1: Acesso a quê?</i>	66
4.1.2 <i>Tema 2: Acesso para quem?</i>	68
4.1.3 <i>Tema 3: Condições e critérios de acesso</i>	70

4.2 Complexidade da discussão – a imbricação de temas	74
4.2.1 <i>Gênese dos documentos analisados – ética médica como lei federal(!?)....</i>	75
4.2.2 <i>Indiscriminação de termos abafando sentidos</i>	79
4.2.3 <i>Medicalização definindo o direito de acesso</i>	82
4.2.4 <i>Controle de corpos e intervenção na mulher</i>	85
4.2.5 <i>A família revelada pelo texto.....</i>	88
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICE - ARTIGO: “Direito de acesso ao serviço de Reprodução Humana Assistida – Discussões bioéticas”	
ANEXOS	
A – PRT/MS 426/05	
B – PL 2.855/97	
C – PL 4.665/01	
D – PL 1.135/03	
E – PL 1.184/03	
F – PL 2.061/03	
G – PL 5.624/05	

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – “Corpus” de análise	57
FIGURA 2 - “Corpus”: Temas, Categorias e Subcategorias.....	59
FIGURA 3 – Núcleos de Sentido	62

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –

Algumas unidades de sentido nos documentos que compõem o “corpus” de análise63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMM – Associação Médica Mundial

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CIOMS - Conselho para as Organizações Internacionais de Ciências Médicas

CNS - Conselho Nacional de Saúde – CNS

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

FIV – Fertilização *In vitro*

IA – Inseminação Artificial

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PL – Projeto de Lei

PRT – Portaria

RHA – Reprodução Humana Assistida

SUS – Sistema Único de Saúde

TR – Tecnologia Reprodutiva

1

1. INTRODUÇÃO

No ano de 2002, a televisão brasileira exibiu uma telenovela¹ cujo tema central era a clonagem de seres humanos. As tecnologias reprodutivas chegaram ali ao auge de sua exposição na vida da população brasileira. Embora a reprodução humana já tenha sido exposta anos antes ao abordar a barriga de aluguel, somente quando o tema clonagem vem à tona é que de fato há um choque e provocam-se discussões sobre a ética envolvida no procedimento. Realidade e ficção se misturam, dando ao público leigo informações controversas (GROSSI, PORTO e TAMANINI, 2003, p. 53), e explodindo na mídia notas de pesquisadores tentando assumir a “paternidade” da suposta nova conquista científica. Ficcional ou não, a questão da clonagem humana é a ponta de uma área de desenvolvimento científico não tão nova quanto se pode pensar: a área das técnicas de Reprodução Humana Assistida (RHA).

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 espermatozoides na vagina ou no útero, ou de inseminação bem sucedida em esposa cujo marido possuía baixa mobilidade dos espermatozoides (DOSSIÊ..., 2003, p.7). O grande “boom” no desenvolvimento da genética ocorre com a descoberta do DNA, e o complexo envolvimento entre reprodução e genética é ampliado (BERLINGUER, 2004, p. 13; GROSSI, PORTO e TAMANINI, 2003, p.19), suscitando discussões nos campos médico e legal, considerando que além de representar a inclusão de mais uma técnica médica, as tecnologias reprodutivas estabelecem um momento de ruptura importante para a instituição “*família*”.

Ainda no campo da ciência, os experimentos com seres humanos continuam sendo avançados ao longo do século XX e o desenvolvimento dos estudos chega, por volta dos anos 50, às técnicas de fertilização *in vitro*, ou seja, a fecundação fora do corpo, com posterior inserção de um embrião no útero da futura gestante. As tentativas em humanos são relatadas oficialmente a partir dos anos 70 (DOSSIÊ..., 2003, p.8), e o primeiro caso de gestação pós fertilização *in vitro* bem sucedido e conhecido mundialmente vem da Inglaterra em 1978, com o nascimento de Louise Brown.

¹ Entre 2001 e 2002 a Rede Globo de Televisão exibiu em horário “nobre” (21h) a telenovela O Clone, de autoria de Glória Peres. Anos antes (1990/91), outra obra da mesma autora foi exibida pela emissora às 18h: a telenovela Barriga de aluguel, que concentrou suas discussões públicas sobre quem devia ficar legalmente como o bebê gerado. Em O Clone, são retomadas as discussões acerca das relações entre pesquisador e usuário, dando ênfase nas questões éticas presentes. A discussão proposta pela novelista aproveitava o momento mundial de suposta revelação do nascimento do primeiro clone humano, fato até hoje ainda não confirmado.

Contudo, o avanço das técnicas não se deu dentro de considerações éticas já vigentes no campo científico em todo o mundo. Os primeiros experimentos relatados de fertilização *in vitro* foram feitos sem consentimento de comitês de ética dos governos onde os estudos são realizados, acarretando ônus para as participantes dos mesmos (BERLINGUER, 2004, p.24; DOSSIÊ..., 2003, p.18; GROSSI, PORTO e TAMANINI, 2003, p.35). O desacordo com a ética em pesquisa também é presente nos estudos realizados no Brasil, chegando à mídia em 1982 após a morte de uma mulher em São Paulo durante um treinamento de fertilização *in vitro* realizado por uma equipe médica australiana (DOSSIÊ..., 2003, p.9). Os estudos prosseguem até os dias de hoje, os avanços são cada vez maiores no campo das técnicas de RHA, entretanto, estas chegam a ser disponibilizadas à população sem as devidas precauções na realização de seus experimentos, além de não abordarem os riscos que oferecem aos usuários (BERLINGUER, 2004, p.34).

Paradoxalmente, embora as descobertas científicas confirmem a necessidade do contato do óvulo com o fluido seminal para que seja possível a fecundação em mamíferos, por outro lado permitem que a reprodução humana seja feita independentemente do ato sexual (CARVALHO, 1997, p.32; GROSSI, PORTO e TAMANINI, 2003, p.22), possibilitando, assim, a emergência de novas configurações familiares, bastante visíveis na contemporaneidade.

Neste contexto, os avanços no campo de estudos sobre a reprodução humana seguem as reivindicações sociais por rupturas no modelo hegemônico de formação de família (SEGALEN, 1981, p.123-125, 127, 132-137). A destituição do vínculo entre reprodução e ato sexual acompanha as idéias de direitos de contracepção, escolhas livres de matrimônios e momentos para procriar ou não, assim como de rompimento do vínculo conjugal (LOYOLA, 2003, p.877, 879). A possibilidade de formação de famílias com filhos fruto de processo de RHA se insere neste rol de rupturas do modelo de família tradicional (NEDER, 1994, p.27), não sendo mais “vista como organizada por normas ‘dadas’, mas, sim, fruto de contínuas negociações e acordos entre seus membros e, nesse sentido, sua duração no tempo depende da duração dos acordos” (CARVALHO, 1997, p. 37).

Com a possibilidade de novas formações familiares, estas passam a exigir legitimidade pelo Estado, o que nos leva à necessidade de verificação do aparato legal que serve de suporte para estas novas famílias, em especial as advindas com as técnicas de RHA. No Brasil, o primeiro caso bem sucedido é exposto na mídia em 1984, e de lá para cá pouco se avançou no campo de dispositivos de regulação dos procedimentos técnicos. Somente em 1992 o Conselho Federal de Medicina (CFM) adota como norma uma resolução (Resolução

nº 1.358/92) visando estruturar e uniformizar os procedimentos de RHA, e embora neste momento o Sistema Único de Saúde (SUS) já tenha sido implantado (a partir de 1990 com as Leis 8.080 e 8.142), ainda não se fala em inserção das técnicas nos serviços públicos disponíveis à população. Em 1993 surge a primeira proposta de legislação, um tímido esforço sem reflexão mais profunda sobre o que propõe, apenas reproduzindo o texto e visando transformar em lei a resolução do CFM. Este projeto, assim como outros, já está arquivado, mas boa parte dos que foram surgindo nos últimos 13 anos ainda encontra-se em tramitação.

Deste cenário, surge a inquietação que move este estudo: perceber como se configura o aparato regulador das técnicas de RHA no serviço público de saúde, e o que se revela através das características expostas sobre o direito de acesso à este serviço. A inquietação inicial nos leva à pergunta que norteia a pesquisa: “Quais as implicações éticas relativas ao direito de acesso ao serviço de RHA reveladas a partir da configuração deste direito em documentos oficiais e publicações parlamentares?”. Analisar estas implicações éticas a partir do referencial da Bioética Cotidiana é o **objetivo** deste estudo.

Talvez possamos com isso pensar o que estamos legitimando através desta “permissão” para acessar o serviço, que tipo de família está sendo reforçada através destas propostas, e que relações se estabelecem entre os sujeitos, o Estado e a Medicina. Como reforça Jurandir Freire Costa no prefácio do livro de Catonné (2001, p.7):

o limite do permitido e do proibido não está inscrito em lugar nenhum, de maneira definitiva. [...] Tudo está permanentemente sujeito a revisão, pois cada sociedade inventa a sexualidade que pode inventar. [...] Como todo costume sexual é historicamente determinado, não há como dizer, de uma vez por todas, o que é certo ou errado.

Assim, sendo inventada e reinventada por cada sociedade ao longo do tempo, a sexualidade - e tudo o que a circunda - passa a ser regida por leis. Sejam estas, por exemplo, os costumes que definem o “certo” e “errado” – e se diferenciam de acordo com o grupo analisado - ou leis escritas, do campo do direito, algo mais formal e regulador direto de toda uma população, há alguma instância reguladora dos direitos e deveres das pessoas, interferindo direta ou indiretamente nas possibilidades de realização de seus desejos.

Este estudo, então, pretende desde a sua introdução permitir ao leitor uma visão da amplitude do tema proposto. As dificuldades inerentes a todo trabalho de pesquisa podem ser evidenciadas desde o início, tendo-se em conta a abrangência de focos que a temática

abordada permite seguir. O texto introdutório aqui destacado serve como abertura para apenas uma das possíveis alternativas de trabalho com o tema e os documentos analisados, sendo então vital conhecer a estrutura que compõe este estudo, de forma a tornar o mais explícito quanto seja possível o que se deseja abordar e discutir durante todo texto subsequente.

O capítulo 2 traz toda a revisão de literatura necessária para compreender a discussão trazida posteriormente. Se primeiro subtítulo é **“Família e Reprodução Humana Assistida”** detalha as diferentes configurações possíveis para o grupo familiar, fazendo um breve discurso sobre a história da família na sociedade ocidental, e mais especificamente na sociedade brasileira. O capítulo segue destacando a inserção de diferentes instâncias de regulação na esfera familiar, ao longo da história, como a Igreja, o Estado e a Ciência. A partir dessa discussão, o texto entra na temática da **Reprodução Humana Assistida e o direito de acesso à saúde**, descrevendo suas técnicas, sua atual condição no ambiente jurídico brasileiro, e sua vinculação com o Planejamento Familiar, de onde o texto se ancora para a reflexão sobre o acesso à Reprodução Humana Assistida como um direito humano fundamental. Baseado neste ponto, o capítulo termina com o subtítulo **Bioética, Direitos humanos e RHA**, que descreve o referencial teórico adotado para análise dos documentos presentes neste trabalho, e para a compreensão deste referencial, o capítulo faz uma definição breve de bioética, detalhando as questões de direitos humanos, o nascimento do termo, e os conflitos éticos presentes em experimentos envolvendo seres humanos, tanto num contexto mais abrangente, como no específico sobre RHA. Junto à bioética de uma forma geral, é destacada a linha base dentro dela, que serve de suporte para as discussões posteriores, sendo esta a Bioética Cotidiana, definida suas noções, sua visão de infertilidade e seu posicionamento quanto ao papel do Estado na questão de RHA.

Assim, o capítulo 3, que segue esta revisão, intitulado **Percursos Metodológicos**, detalha o passo a passo para a realização deste estudo desde sua fase mais primária, a de definição e descrição do tipo de estudo, da técnica de coleta do material, o tipo de material coletado, e a técnica para tratamento deste material. O capítulo segue detalhando as fases de tratamento destes dados coletados, de acordo com a Análise de Conteúdo, descrevendo as etapas de pré-análise, leitura flutuante, constituição do “corpus” e categorização do material coletado. Definidas as categorias de análise, são detalhadas as formas que os temas se constituíram, para poderem ser visualizadas as categorias trabalhadas. Estas foram analisadas pelo referencial teórico da Bioética Cotidiana, trabalho este que foi separado e detalhado no último capítulo desta dissertação. O capítulo de metodologia tem seu término com a descrição dos procedimentos éticos envolvidos na presente obra.

O capítulo final trata dos documentos analisados, neste momento não apenas pontuando a composição dos temas, mas detalhando-os e ao mesmo tempo já introduzindo alguns questionamentos, de forma a situar o leitor na discussão propriamente dita, que segue no mesmo capítulo. Na seqüência de detalhamento dos temas dentro do corpus de análise, é feita uma discussão por grandes núcleos de sentido evidenciados ao longo da análise, sendo estes já articulados com referenciais da bioética cotidiana, assim como de outras vertentes de estudo dentro da bioética que se mostram profícuas para o embasamento do estudo. Neste sentido, a Bioética é direcionada para tratar questões cotidianas, mas não é entendida como uma via segmentada de estudo, podendo ser perfeitamente articuladas às discussões presentes na Bioética Cotidiana, visões da Bioética Feminista, por exemplo.

Dentro deste prisma, a discussão perfaz o caminho desde a gênese dos documentos coletados, passando pelo uso da terminologia empregada nestes documentos como revelador de sentidos presentes nas questões de medicalização do direito de acesso à RHA, que por sua vez reforça o controle dos corpos objetos de intervenção, e traz para a discussão a reformulação dos papéis sociais de homem e mulher, assim como do próprio conceito de família.

O estudo é finalizado ponderando as considerações realizadas em seu corpo, e vislumbrando possibilidades de articulação do olhar bioético com as temáticas já abordadas, e em especial à questão da Saúde Pública, no tocante ao direito de acesso ao serviço de RHA especificamente no SUS. Mais que buscar respostas fechadas para os pontos aqui ressaltados, o trabalho tem por objetivo ampliar as discussões já iniciadas por diferentes áreas do saber, introduzindo mais questionamentos dentro do possível e já presente nesta temática.

2

2. REVISAO DA LITERATURA

“Vivemos num período de transição onde as quebras de valores tradicionais provocam uma organização, nos meios micro e macro socioculturais. As transições no meio micro-social referem-se à família: tarefas, valores e tradições que a ela se vinculam; ao macro-social seriam as questões éticas, políticas e morais da sociedade.

Assim, instaura-se uma busca na redefinição dos papéis homem/mulher na sociedade (macro) e nos papéis pai/mãe na família (micro), acompanhada de incertezas, inquietações, angústias, etc., que geram conflitos entre: passado/presente, certo/incerto, pois a familiaridade com os valores antigos/passados nos coloca numa posição confortável de ‘previsibilidade’ que por sua vez, é oposta ao novo imprevisível”
(Alvim)

2.1 Família e Reprodução Humana Assistida

2.1.1 Família: conceito e classificações

Família é um tema que por si só já causa algum tipo de inquietação entre quem se propõe a compreendê-la, seja pelas complexas relações que se estabelecem em seu interior, seja pela própria reformulação que seu conceito vem sofrendo ao longo do tempo, em especial no último século.

Falar de família esteja ela em qualquer parte do mundo, sem ao menos tentar compreender sua constituição, sua sustentação histórica, e suas alterações de acordo com os interesses das sociedades de cada época, a tornam uma abstração, sendo influenciada sua avaliação em função de arbitrariedades conduzidas por nossos valores morais.

Algumas rupturas na estrutura familiar vão sendo feitas ao longo do século XX, iniciando-se, por exemplo, com as possibilidades de escolhas livres de parceiros, passando pela legalização do divórcio, e mais recentemente pelo reconhecimento das uniões estáveis. Em meio a estas rupturas vão surgindo novas formas de se conceber a família, o que leva também a uma longa e árdua discussão sobre ela estar ou não em “crise”.

Tentar explicar o que é família é, para alguns autores, tentar definir o óbvio (PRADO, 1985, p.7). Mas este óbvio não é o mesmo para todos, e diante das inúmeras possibilidades de configuração surge a necessidade de, antes mesmo de falarmos em Família, definirmos de *que* família nos referimos.

A noção comum de família, encontrada até mesmo nos dicionários, a indica como a união de pessoas aparentadas, de mesmo sangue ou não (como em casos de adoção, que em geral vivem na mesma casa, tendo sua configuração básica definida por “Pai-Mãe-Filhos”. Esta configuração de família descreve a chamada família *NUCLEAR*, ou tradicional, de acordo com a literatura. Contudo, esta não é a única possibilidade de classificação que a idéia do que seja família nos permite realizar.

Ademais da família nuclear, podemos classificá-la também - como propõe Danda Prado (1985) – como conjugal, extensa, natural, de origem ou reprodução. A família *CONJUGAL* é composta apenas por um casal. No texto da referida autora não há aparente restrição a casais heterossexuais apenas, o que nos permite vislumbrar esta categoria como passível de diferentes formações, sejam elas: um casal formado por um homem e uma mulher; casal formado por dois homens; e casal formado por duas mulheres. Estas podem então ser compreendidas como variações da chamada família conjugal.

A família *EXTENSA* compõe-se de mais de duas gerações coabitando, o que corresponderia, por exemplo, à inserção de avós na composição nuclear de família. A família *NATURAL*, ou incompleta, é a de base nuclear, porém faltando ou o pai ou a mãe. A família de *ORIGEM* é a família de onde os “pais” (na formação nuclear) vieram, ou seja: pais, mãe e irmãos do “pai”, e pai, mãe e irmãos da “mãe”. A família de *REPRODUÇÃO* é a formada por um dois indivíduos adultos, e os filhos de um deles.

A classificação anteriormente detalhada não é exclusiva da autora supracitada. Outras classificações são encontradas na literatura sobre família, algumas apenas trocando a denominação exposta por Prado, como no caso das famílias naturais, também chamadas de monoparentais; ou incorporando algum novo elemento à alguma classificação feita por ela, como no caso das famílias de reprodução, também chamadas de “recasamentos”, sendo estes diferenciados daquelas pela existência *ou não* de filhos das relações anteriores.

Nitschke (1999), por exemplo, traz para debate uma rigorosa definição que estabelece fatores para classificação da família em diferentes tipos. Estes fatores seriam: legal, biológico, social e psicológico. O fator legal limita a família aos vínculos de sangue, adoção, tutela ou casamento. O fator biológico a restringe à rede familiar biológica e à família de procriação. O fator social permite entender como família qualquer grupo de pessoas que vivam juntas, como moradores de pensionatos, ou conventos, por exemplo. O fator psicológico permite entender como família qualquer grupo com laços emocionais muito fortes, que se auto defina como uma família, como por exemplo, amigos.

Fukui (1998, p. 15-17) traz a possibilidade de pensar a família a partir de três ângulos diferentes: condições materiais de vida, instituição e valor. A família pensada sob o ângulo das condições de vida pode ser vista como uma unidade doméstica, como no passado, onde sua ocupação primordial era a manutenção da vida; ou como uma unidade de renda e consumo, onde o trabalho de cada indivíduo é a base para sua manutenção, que seria a característica da família na sociedade atual.

Pensada enquanto instituição, a família é tida como um conjunto de regras e normas, percebidas pelos costumes de uma sociedade, sendo historicamente constituída. Pensada como um conjunto de valores, a família possui imagens e representações de como é e deve ser, dentro de cada sociedade. A autora destaca que na sociedade ocidental, “como ser uma família” foi tarefa em princípio da Igreja, depois do Estado, e também da Ciência. Estas instâncias regulam os comportamentos, que são modificados ao longo da história.

Fukui (1998, p. 17) ainda postula a possibilidade de divisão de grupos familiares segundo os parâmetros de composição e ciclo de vida. A composição seria definida tendo como critério a família como unidade doméstica, e nesta categoria estariam as famílias biparentais, monoparentais, ampliadas, entre outras. O ciclo de vida usaria a idade dos componentes da família para subdividi-la, como por exemplo, unidades familiares com filhos pequenos, ou com filhos adolescentes, entre outros.

Dessa forma, percebemos que vão surgindo² classificações diversas, como as já citadas famílias monoparentais (pai e filhos, ou mãe e filhos), as famílias extensas (mais de duas gerações coabitando), os recasamentos (com ou sem filhos destas uniões), e também os casais sem filhos, as uniões homossexuais, os filhos concebidos por técnicas médicas de fertilização ou por adoção. Enfim, diversas configurações que extrapolam o conceito de família tradicional.

Os filhos, que em determinado momento histórico passaram a ser o principal objetivo para a constituição da família, hoje já não são um motivo suficiente em si mesmo para garantir a existência (e manutenção) desta. A opção por constituir uma família sem filhos

[...] tem sido apontada como uma marca de contextos igualitários modernos (ou pós-modernos), transformando a esfera da reprodução também em uma questão de "escolha". Se entre os casais heterossexuais é presumido que tenham filhos, a "opção" permite que não os tenham (TARNOVSKI, 2004).

² Não quero com esta afirmação supor que nos períodos históricos anteriores estas possibilidades de formação familiar fossem inexistentes, mas sim ponderar que em dados momentos históricos certas formações familiares são hegemônicas, não dando espaço para a visibilidade de outras. Atualmente, entretanto, não se pode deixar de perceber as novas formações familiares, tendo-se em vista a sua multiplicidade e a visibilidade que foram reivindicando (e conseguindo) ao longo dos últimos anos.

O sistema familiar mostra-se, assim, distante do monolitismo pregado socialmente como padrão, evidenciando diversas formas de relações possíveis entre as gerações e os sexos (MITCHELL, 1984, p.272). As possibilidades de concepção do que seja família são ampliadas, e todo este processo anteriormente comentado não se dá fora do contexto das mudanças sóciopolíticas que vêm ocorrendo em uma maior escala, em nível mundial. Entretanto, não se pode deixar de destacar que é marcante a presença do modelo nuclear de família como o modelo vigente, privilegiado e “aceitável” dentro de nossa sociedade ocidental (BRAGA e AMAZONAS, 2005, p.11), ainda que todas as demais possibilidades de reconfiguração do grupo familiar, como algumas anteriormente expostas, estejam presentes concomitantemente ao modelo nuclear.

Por outro lado, estas diferentes formas de existir vão também exigindo reconhecimento legal, fazendo com que o aparelho jurídico se reavalie, pois “sua existência modifica o modelo de família conjugal presente na lei” (FUKUI, 1998, p.18).

Toda sociedade requer e requererá um certo grau de reconhecimento social institucionalizado das relações interpessoais. Porém, não há nenhuma razão pela qual deva existir uma única forma de experiência legítima e uma multidão de experiências não legitimadas (MITCHELL, 1984, p. 273).

Neste sentido, embora tenha adquirido uma relativa autonomia sobre as suas possibilidades de configuração, a família continua sendo a menor célula social, em termos de organização, e é através dela que “o Estado pode exercer um controle sobre os indivíduos, impondo-lhes diferentes responsabilidades, conforme cada momento histórico” (PRADO, 1985, p.23). Para melhor compreender essa inserção do Estado nas vidas familiares, faremos um breve retrospecto da família em nossa sociedade.

2.1.2 Questões da contemporaneidade e suas raízes históricas

A estrutura social em que a família se insere atinge e define suas características e também suas modificações. “Buscar entender o significado de família implica admitir que esta sofre transformações e adaptações importantes em função da época, da cultura, das condições sociais, das crenças e valores” (CIAMPONE, 1998, p. 25).

A sociedade brasileira em seu período colonial possuía uma estrutura patriarcal. Nela, família era algo vinculado e somente constituído através do casamento, que limitava-se a um ato estritamente político, onde os sistemas de aliança garantiam a manutenção e transmissão do patrimônio. Não havia, neste contexto, espaço para o afeto entre os cônjuges, menos ainda para a escolha livre de seu parceiro. A reconstrução histórica da família na sociedade brasileira durante o período colonial feita por Jurandir F. Costa no livro “Ordem Médica e Norma Familiar” (1999), por exemplo, nos remete a uma contextualização importante para a compreensão de como ela se estabelece tal como a conhecemos nos dias de hoje.

Naquele momento, estabelecem-se as junções necessárias entre Estado, Medicina e Família, e pode-se perceber como a Medicina e seu saber se estruturam como necessários e promotores de mudanças sociais, a partir da rearticulação de todo o ambiente familiar da época. A análise feita no decorrer da obra nos permite perceber as relações de poder entre Medicina e Estado, de forma que denota-se que o poder adquirido pelo saber médico ao longo do tempo serve não apenas para legitimá-lo enquanto saber, enquanto determinante de práticas e posturas sociais, mas também para servir aos interesses do Estado. Este pode ser percebido, por vezes, como servindo de pano de fundo para as relações entre Medicina e Família.

As ideologias que eclodiam na Europa em fins de século XIX clamando uma maior libertação do ser humano, atingem a sociedade brasileira no início do século XX (D’INCAO, 1989, p.89), e a partir daí começam a surgir alterações importantes no “Ser” família. Essas mudanças na visão de homem e de mundo fazem com que a família enquanto instituição procure reestruturar-se, adequando novos e velhos costumes e valores às alterações na estrutura social.

O “amor” entra em cena, trazendo os desejos dos indivíduos ao primeiro plano das relações e vinculando-se à idéia de casamento. Neste momento, este “amor” é dessexualizado

(não se fixa ao “amor-livre”, à uma liberação sexual) e direcionado para a procriação. A família passa então a ser aquela constituída de seres que se amam e desejam viver juntos, com a finalidade de procriar.

O vínculo familiar, através do laço conjugal, passou a não mais servir para, preponderantemente, evidenciar ascendências e garantir linhagens e transmissão patrimonial, mas sim, a servir como modelo aos cuidados sobre a criança, a fim de garantir o indivíduo saudável, adulto (BRAGA e AMAZONAS, 2005, p. 12).

O “amor” passa a direcionar a criação dos filhos, no sentido de ser ele responsabilizado por sustentar ideais de submissão feminina e reclusão ao lar para criação da prole, assim como de naturalizar o suposto vínculo mãe-filho expresso no ideal de “amor materno”, onde a mãe deve anular-se em prol dos filhos e, conseqüentemente, da estrutura familiar.

A família então recebe o “amor” como seu novo componente e, a partir desta sua nova configuração, reconfiguram-se também os papéis sociais de homem e mulher. Entretanto ressaltamos que ainda assim muito não se modificou na estrutura familiar valorizada e difundida pela Igreja: ela se mantinha com uma base conjugal, indissolúvel e monogâmica (FUKUI, 1998, p.18). Até este momento pode-se perceber a influência da visão cristã de composição e estrutura familiar. Mesmo sofrendo alterações dentro desta estrutura, a base para sua sustentação ainda é a relação Pai-Mãe, com as definições acima pontuadas (CATONNÉ, 2001, p. 24-25; 44-75).

Aos poucos, vai sendo deixada “de lado” a escolha do parceiro pelas famílias, com o intuito de aumento e/ou manutenção de patrimônio familiar, sem vinculação afetiva entre os cônjuges. Mas embora o indivíduo comece a se colocar como autor de suas próprias escolhas afetivas, estas ainda mantêm estreito laço com a moral cristã, não sendo desvinculadas da noção de casamento, muito menos da sexualidade procriativa. O diferencial aqui pode ser percebido por não mais haver a necessidade de se pensar o casamento *somente* para a manutenção patrimonial, muito menos por intermédio das famílias de origem dos cônjuges, e sim pela abertura de uma nova possibilidade, qual seja a de escolha do próprio parceiro.

Esse “amor”, assim, passa a ser vinculado à idéia de casamento, deixando de ser associado exclusivamente às relações extraconjugais. Este mesmo amor, que sustenta o casamento e redireciona os papéis sociais de homem e mulher, trás consigo também o

paradoxo de ser algo nascente com a boa convivência entre os cônjuges, o que se “garante” com a escolha certa do parceiro, atendendo assim – através de escolhas individuais – às expectativas sociais e familiares (D’INCAO, 1989, p. 90-91).

Nestes contextos anteriormente expostos, as reconstruções da estrutura social influenciando na reconfiguração da família contam também com a interferência direta ou indireta de saberes e poderes que coexistem neste processo: a Medicina e o Estado. Veremos como estes por vezes se alternam ou coincidem em suas inserções no âmbito familiar.

A redefinição do papel da mulher, a partir da idéia de “amor” anteriormente detalhada, pode ser destacada como de suma importância para a inserção de Medicina e Estado na célula familiar (BRAGA e AMAZONAS, 2005, p. 12). Esta, como diz Prado (1985, p. 23), “é não só um tecido fundamental de relações mas também um conjunto de papéis socialmente definidos”. Cabe à mulher, dentro desta célula familiar, o cuidado com a prole, e a dedicação máxima à manutenção desta estrutura familiar “estável”. Esta visão perdura mesmo após o período de Proclamação da República (1889), e com a influência destas novas visões européias de homem e mundo, anteriormente comentadas, é reforçada a posição social da mulher como suporte familiar. Então a mulher da nova República não seria mais a dócil sinhazinha, mas se configuraria sim como uma mulher

educada para desempenhar o papel de mãe[...] e de suporte do homem para que este pudesse enfrentar a labuta do trabalho fora de casa. A ‘boa esposa’ e ‘boa mãe’ deveria ser prendada e deveria ir à escola, aprender a ler e escrever para bem desempenhar sua missão como educadora (NEDER, 2000, p.31).

Enquanto o Estado define sua expectativa com relação às famílias, ainda sob uma forte ótica cristã, a medicina se insere determinando as práticas “corretas”, em um primeiro momento quando a mãe esgotou todas suas possibilidades naturais, e em seguida, pontuando – e conseqüentemente estabelecendo uma classificação de certo e errado – o que ela deve ou não fazer em cada situação (COSTA, 1999). O não cumprimento destas normativas fica então caracterizado como uma não adequação ao papel social de “boa mãe” e “esposa”, sendo a família caracterizada como “desajustada”, fora do padrão socialmente aceito de família.

O fator social passa aqui a ser dominante sobre o natural (PRADO, 1985, p. 12). O poder do Estado sobre as famílias, tendo nestes exemplos a Medicina como via, destaca uma qualidade que permanece: o controle dos corpos. Através do discurso médico passa-se de uma

visão anterior de controle de corpos com a idéia de evitar sífilis (SEGALEN, 1981) – trazendo no seu bojo o discurso moral sobre a prostituição – a um controle de corpos via sexualidade, AIDS, e definições de cuidados com doentes, velhos, crianças, etc. Amparado pelo discurso médico, o Estado assume então funções destinadas à família, controlando-a.

Sea cual sea su nivel social, toda familia sufre este encasillamiento; sin embargo, algunas están más encasilladas que otras, porque no se conforman a la norma. El estado se arroga entonces el derecho de intervenir en su funcionamiento. De condicionadas se convierten en controladas (*Ibid*, p. 236).

Dessa forma, Estado e Medicina vão, ao longo da história, se fundindo à célula familiar, auxiliando na reconfiguração dos papéis sociais de pai e mãe, homem e mulher. Se fundem a ponto de tornarem-se determinantes de condutas (a alimentação “correta”, a vida sexual “sadia”, a criação “educada” dos filhos) e passam a assumir responsabilidades que um dia já foram exclusivas da família (PRADO, 1985, p.12), como a segurança, os cuidados com a higiene e saúde, a escolarização, o cuidado com idosos, dentre outros. Por outro lado, também a vigiam, e a tornam submissa a leis e normas (SEGALEN, 1981, p.235).

A sociedade vai também sofrendo outras rupturas ao longo da história, como as escolhas livres de parceiros, o divórcio, as uniões estáveis (SEGALEN, 1981; FUKUI, 1998). A família pode ser percebida nos dias atuais como não mais uma formação tradicional, estanque, uma idéia única, que desconsidera e desvaloriza as formações diferentes da sua versão nuclear. Esta não deixa de existir, mas passa a dar espaço e existir em conjunto com novas configurações, novas formas de se conceber um grupo familiar. Essa coexistência pode ser talvez devida à introdução na teia social da idéia de reconhecimento do outro como igual, por ser outro indivíduo, e não mais somente a partir de uma posição hierárquica definida por algum ponto de diferenciação entre seus membros, como sexo e idade, por exemplo (FIGUEIRA, 1987, p. 16; COELHO, S., 2000, p. 13). Contudo, estas mudanças não se dão de forma instantânea, são gradativas, e nem tudo o que parece exigir uma modificação, a tem necessariamente bem aceita, quando realizada. Como coloca Figueira (1987, p. 12):

Além disso, estamos cada vez mais atentos para o fato de que nem tudo do nosso passado pode ser deixado completamente para trás, que não podemos nos tornar completa e simplesmente “modernos” da noite para o dia. Os carros se modernizam todo ano e os modelos de família, comportamento e identidade pessoal também. Mas se é possível trocar de carro sem sentir

saudade, adaptando-se ao novo modelo sem ter conflitos, o mesmo não é possível quando são modelos e ideais de família que se sucedem rapidamente.

Apesar de possuírem um efeito gradativo, como vimos acima, estas rupturas promovem mudanças nos valores sociais, e conseqüentemente nas representações da família. Rompem-se os laços que vinculavam Sexualidade-Reprodução, Reprodução-Casamento e Sexualidade-Casamento. No campo social da constituição do que seja família, são evidenciadas as “novas” e diversificadas formações familiares, como as descritas no início do presente capítulo. No campo jurídico, ainda baseado no modelo cristão de família (FUKUI, 1998, p. 18), vão sendo necessárias reavaliações ao se olhar para a instituição familiar após o rompimento dos laços acima pontuados. A partir destes, respectivamente, pode-se perceber a autonomia familiar em controlar seu número de componentes e assim planejar-se; deixam de existir filhos ilegítimos; e passam a ser reconhecidas as uniões consensuais como detentoras de direitos.

Isto posto, reconhecem-se as múltiplas formas de grupos familiares evidenciando o quanto segmentos da população brasileira estavam longe de cumprir o modelo conjugal, Uniões múltiplas, filhos de várias uniões convivendo na mesma unidade doméstica, mães adolescentes, pais casados que vivem separados são reconhecidos como situações de fato que estão a exigir políticas específicas de atendimento diferenciado (*Ibid*, p. 20).

Com esta complexa rede de relações perpassando sua configuração, a família vai sendo “desestruturada”, no sentido de perder a própria condição de resolver seus conflitos internos e estabelecer seus valores particulares (COSTA, 1999, p.11).

A interferência do Estado aparenta ser uma “via de mão dupla”, onde ao mesmo tempo em que este determina o que é certo e errado nas questões internas aos grupos familiares, estes por sua vez reclamam seus direitos de acesso aos “serviços” propostos pelo mesmo Estado que os controla, estreitando assim sua própria capacidade de estabelecer regras internas de convivência e manutenção do grupo (GROSSI, PORTO e TAMANINI, 2003, p. 23). Cria-se uma espécie de “dependência”, como se fosse tarefa do Estado intervir em toda e qualquer espécie de dificuldade que o grupo familiar possa vir a enfrentar.

Neste aspecto, a autonomia aqui postulada para o planejamento familiar inclui, quando necessária e solicitada pelos membros da família, a intervenção do Estado para

promovê-la. A reprodução³, embora venha com o passar dos anos sendo descolada⁴ da idéia de família (BRAGA e AMAZONAS, 2005. p. 12), ainda é uma expectativa social exclusiva das formações familiares - não sendo estas formações substituídas pelo Estado ou pela Medicina - mas podendo, por outro lado, ser viabilizada por estas instâncias através da adoção ou de tecnologias reprodutivas.

A liberdade sexual confere ao indivíduo autonomia sobre suas decisões acerca da sexualidade, estando esta desvinculada da questão procriativa (BERLINGUER, 2004, p. 17). A reprodução torna-se aqui, com esta caracterização, um direito a ser adquirido através das novas tecnologias. Contudo, o Estado estabelece algumas regras para a aquisição deste direito, conforme discutiremos posteriormente. Antes disso, necessitamos conhecer a visão de família presente na lei maior que rege nosso Estado: a Constituição Federal.

A leitura do conceito de família nos permite visualizar a existência de um conceito romano e patriarcal influenciando a construção das legislações modernas. Mais especificamente na situação brasileira, há uma clara influência da Igreja na formulação do conceito de família presente nas leis, até ser aprovado o divórcio em 1977 (CARVALHO, 1997, p. 97, 98).

A Constituição brasileira ao longo de sua existência sofreu alterações consideráveis neste aspecto. Manteve-se durante quase todo o século XX ligada à visão de família nuclear cristã, monogâmica, indissolúvel, sendo esta a visão de família “legítima” (*Ibid*, p.98). O Código Civil a acompanha, e em seu texto deixa explícita a não legitimidade das uniões de fato, hoje denominadas uniões estáveis, além do reconhecimento do poder paterno como máximo na unidade familiar. A partir deste quadro, são realizados os trabalhos da Constituinte de 1988, que como um marco na evolução do conceito de família, incorporam à este a união estável, e igualam os direitos entre os cônjuges (*Ibid*, p. 100).

Diferentemente do direito anterior, erigido sobre o casamento e vocacionado à proteção da entidade familiar dele decorrente, única unida com a legitimidade, o direito atual, como assinalado, tem com núcleo valores constitucionais, cuja realização confere substância à dignidade humana (LOYOLA, 2005, p. 146)

³ Não me restrinjo aqui aos laços de consangüinidade, mas sim ao desejo de ter filhos, podendo também ser considerada a adoção.

⁴ Embora não totalmente descolada, mas a liberdade sexual permite uma desvinculação da sexualidade com a procriação, e destas com a formação de famílias.

Pela **Constituição Federal** de 1988 (Título VII, Cap. VII, art. 226), a família é, então, definida como a base da sociedade, devendo ser protegida pelo Estado. Para esta proteção ocorrer, são reconhecidas como unidades familiares: o casamento civil; a união estável entre o homem e a mulher; e qualquer um dos pais e seus descendentes. Sobre o planejamento familiar, a Constituição expressa que ele é de livre decisão do casal, e o Estado deve “propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (Título VII, Cap. VII, art, 226 § 7º).

O Código Civil, aqui, passa a se configurar como algo em desacordo com os pressupostos constitucionais, que nesta nova fase incorpora pontos importantes da vida privada, antes área restrita à regulação pelo Direito Civil. Com essa constitucionalização do Direito Civil, o Código Civil é revisto e sua nova formulação é aprovada em 2002, incorporando os dados acima expostos sobre família, já presentes na Constituição Federal de 1988 (LOYOLA, 2005, p. 144).

2.2 Reprodução Humana Assistida (RHA) e direito de acesso à saúde

A partir desta disjunção entre Sexualidade e Reprodução, o século XX tem como um de seus destaques a influência direta da medicina no domínio da sexualidade dos indivíduos. Esta pode ser evidenciada tanto pelo advento das técnicas de contracepção, que separam o exercício sexual da procriação; como pelo das novas tecnologias conceptivas, que evidenciam a desvinculação total entre sexo e reprodução.

Do ponto de vista tecnológico, poderíamos acrescentar ainda a verdadeira revolução representada pela pílula anticoncepcional e, mais recentemente, pela inseminação artificial e pela fecundação *in vitro*, permitindo desvincular tecnicamente não somente sexualidade (enquanto domínio do prazer) e reprodução, mas o próprio sexo desse processo (LOYOLA, 2003, p. 878).

Ou, como diz Catonné (2001, p. 20):

A questão da procriação foi inteiramente renovada há pouco tempo. Certamente, pode-se ter relações sexuais sem visar a procriação, e isto muito antes da era moderna da contracepção. Hoje, porém, as duas noções estão completamente separadas. O acesso maciço aos métodos anticoncepcionais torna possível, para cada um, a livre escolha quando ao nascimento e ao número de filhos que se deseja. Além disso, e, inversamente, a tecnologia moderna (dita “procriação médica assistida”) permite procriar sem ato sexual.

Desvincular Sexo e Reprodução, entretanto, não significa deixar estas categorias isoladas, mas sim inserir neste contexto as práticas médicas como apoio à reprodução com total distância do ato sexual (*Ibid*, p. 86). Aqui, mais uma vez, destaca-se a questão do controle, visto que passa para as mãos dos detentores do saber médico o controle dos corpos dessexualizados onde serão realizadas as intervenções necessárias.

O poder médico de decidir sobre a vida e até sobre a morte das pessoas, denomina-se de medicalização. Vivemos ainda uma época em que a medicalização da vida e da morte são fatos incontestes.

[...]

A medicalização é um instrumento de poder político, de apresentar e traduzir velhos conceitos com novas roupagens, pois às vezes reflete todo um processo de EVITAR a saúde e de PROMOVER a doença (OLIVEIRA, F., 2002, p. 17).

Sexo e reprodução, embora ainda possuam ligação, não são mais compreendidos como pré-condição para a existência um do outro. Suas relações vão sendo alteradas de acordo com as alterações ocorridas também na sociedade onde estão inseridos.

As normas que comandam as relações entre sexualidade e reprodução em seus diferentes momentos estão relacionadas com as formas de organização social, de divisão sexual do trabalho, com os sistemas de representação e, em particular, com as relações entre os sexos. Dependendo da configuração desses aspectos num dado momento, é possível falar mesmo em diferentes modelos de reprodução (LOYOLA, 2003, p. 877).

Embora façam parte das atualmente denominadas “Novas Tecnologias Reprodutivas”, as intervenções e estudos acerca da reprodução humana têm seu início em séculos atrás e acompanham o desenvolvimento científico e tecnológico crescente ao longo da história. As primeiras experiências relatadas na literatura datam de 1770, na Itália, ao ser descoberta a necessidade do contato entre óvulo e fluido seminal para realizar-se a fecundação. Estes primeiros experimentos ainda são realizados apenas em animais, mas já permitem o conhecimento da necessidade de participação dos dois sexos na procriação de mamíferos, ainda que o reconhecimento desta postulação como verdade dentro da ciência ocidental moderna só tenha sido feito em 1906 (DOSSIÊ..., 2003, p. 7; OLIVEIRA, F., 2004a, p. 51-53).

Os experimentos em humanos são registrados a partir de 1791, na Inglaterra, com o recurso da Inseminação Artificial, e a primeira gestação resultante das técnicas é registrada como de 1799. Embora simples, frente ao conhecimento acumulado na atualidade (OLIVEIRA, F., 2002, p. 38), estes primeiros experimentos demarcam períodos importantes na história do desenvolvimento científico e tecnológico, assim como na da sociedade ocidental, onde vem sendo descrito.

Num salto histórico, até o século XX, temos o desenvolvimento da genética como área privilegiada de estudos dentro das ciências biológicas:

A descoberta científica do código genético foi comparada, em escala de grandeza, ao impacto da descoberta da fissão do átomo e desencadeou um grande interesse pela experimentação laboratorial. Nesse sentido, inicia-se um processo complexo e imbricado entre reprodução e genética.

[...]

Os avanços no campo da reprodução dos seres vivos, nos reinos vegetal ou animal e, logo, humano, são possíveis graças aos avanços próprios da

biologia, da bioquímica, da genética, da biologia molecular, da informática. Esta última permitindo processar volumosas informações em tempo cada vez menor (DOSSIÊ..., 2003, p. 8).

Nesta perspectiva, prosseguem os experimentos, e na década de 1950 é realizada a primeira fecundação usando espermatozoides congelados no processo de inseminação artificial. As técnicas de fertilização *in vitro* têm seu início também nos anos 50, mas ainda restritas às testagens em animais. Realizadas em humanos, só há registro público a partir dos anos 70. “O movimento feminista, que inseriu a igualdade dos direitos à sexualidade em seu programa emancipador, facilitará uma larga utilização destas técnicas” (CATONNÉ, 2001, p. 79).

Louise Brown nasce em 1978 e fica conhecida como o primeiro caso bem sucedido de fecundação *in vitro*, sendo exaustivamente explorada na imprensa e até os dias de hoje uma referência mundial quando se fala em tecnologias reprodutivas conceptivas (OLIVEIRA, F., 2004a, p. 53). Nos anos 80 são descritas as primeiras experiências bem sucedidas a partir de embriões congelados, e nos anos 90 as técnicas de RHA e diversas tecnologias do campo da genética são mais desenvolvidas, ampliando os procedimentos especializados neste campo médico.

2.2.1 Terminologia empregada e Técnicas de RHA

Com os avanços nos estudos sobre reprodução humana e as possibilidades técnicas de viabilizá-la, surge então uma nova e peculiar forma de se constituir uma família com filhos através da Biotecnologia (GROSSI, PORTO e TAMANINI, 2003, p. 18-19). Esta é entendida como

o conjunto das técnicas e processos biológicos que possibilita a utilização da matéria viva para degradar, sintetizar, e produzir outros materiais. A biotecnologia, de qualquer tipo, é sempre uma manipulação da constituição dos seres vivos: acrescentando, diminuindo, suprimindo temporariamente, ou abolindo uma característica aparente ou interna. A biotecnologia que manipula os genes chama-se engenharia genética ou bioengenharia (OLIVEIRA, F., 2002, p.18).

A mesma autora ainda acrescenta que

[...] as biotecnologias surgiram da tradição hibridista e é correto afirmar que, incluindo a manipulação genética, são tão antigas quanto a história da humanidade. Elas podem ser classificadas em tradicionais e modernas. AS primeiras, as antigas biotécnicas, são descobertas resultantes de observação, experimentação, erros e acertos e da paciência de escolher e preservar 'resultados' que pareciam 'melhores'. Não há dúvida de que constituíram saberes fundamentais à preservação e à continuidade da espécie humana. As biotécnicas modernas (clonagem, engenharia genética, genômica, e proteômica) resultam de processos de manipulação biológica (que não manipula a molécula da vida, o DNA – ácido desoxirribonucléico) ou de manipulação genética (que manipula o DNA), também denominada engenharia genética (OLIVEIRA, F., 2004b, p.101-102).

A partir destas definições, tomamos como necessário definir também outras terminologias empregadas ao longo do texto, para facilitar a compreensão do leitor sobre o que está sendo discutido. Embora haja diferença da compreensão das terminologias “reprodução” e “procriação”, adotaremos a seguinte padronização para este trabalho: o ato de procriar envolve a união de dois seres distintos originando um terceiro, não idêntico a nenhum dos que lhe deram origem, ou seja, não é uma cópia dos mesmos, apenas semelhante à eles. A reprodução, por outro lado, implica possuir constituição genética idêntica à do ser que lhe deu origem (OLIVEIRA, F., 2002, p. 18-19). Contudo, para elaboração deste estudo, não foi alterada a nomenclatura presente na literatura específica ou nos documentos coletados e analisados. Reprodução é aqui empregada no mesmo sentido acima descrito para Procriação, não sendo intencionada nenhuma diferenciação quando da utilização de um ou outro termo (OLIVEIRA, F., 2004, p. 154).

Seguindo a mesma proposta, quando falamos em infertilidade ou esterilidade, as empregaremos com o mesmo sentido: o de incapacidade de procriar, ainda que no uso cotidiano a primeira seja utilizada para quem já nasceu com esta incapacidade ou a adquiriu por alguma doença, e a segunda seja empregada para casos onde há intervenções cirúrgicas ou químicas que a tenham produzido (GROSSI, PORTO e TAMANINI, 2003, p. 42; OLIVEIRA, F., 2002, p. 19). A diferenciação será retomada somente na discussão dos documentos analisados, por enquanto cabendo o uso destas com o mesmo sentido geral.

Feitos os esclarecimentos, voltamos à caracterização da reprodução humana viabilizada pela tecnologia. Como coloca Luna (2005, p. 396): “novas tecnologias reprodutivas ou técnicas de reprodução assistida são procedimentos da medicina de reprodução humana que substituem o ato sexual na concepção”. Contudo, faz-se necessário diferenciar o que se entende por Novas Tecnologias Reprodutivas, em face de - como se

percebe na citação acima - estas tecnologias serem compreendidas pelo senso comum como apenas as técnicas de RHA.

As Novas Tecnologias Reprodutivas podem, segundo os estudiosos e especialistas na área (AHUMADA e outros, 1998; DOSSIÊ..., 2003; LUNA, 2005), ser subdivididas em:

- Tecnologias Reprodutivas Contraceptivas – como exemplo temos o DIU, os implantes, as pílulas e vacinas anticoncepcionais, dentre outros;

- Tecnologias Reprodutivas Conceptionais – aqui encaixam-se os procedimentos de fecundação ou fertilização *in vitro*, dentre outras técnicas.

Dentro desta perspectiva, a RHA é enquadrada no rol de Tecnologias Reprodutivas Conceptionais, e ainda, quando falamos em RHA estamos aqui nos referindo às técnicas de manuseio de gametas e embriões, com posterior transferência destes para a pessoa que solicita este serviço. As técnicas utilizadas, disponíveis tanto no serviço público de saúde quanto no privado são, em suma:

- Inseminação Intra-uterina → é realizada uma estimulação ovariana (através de medicamentos) e no momento adequado inserido o esperma no útero;

- Fertilização “*In Vitro*” → são colhidos o óvulo e o esperma, realizada a fecundação em laboratório e em seguida implantados os embriões no útero.

Ademais destas técnicas, são considerados procedimentos de Reprodução Assistida: micromanipulação de gametas (ICSI), congelamento de gametas e/ou embriões, descongelamento de embriões, e biópsia pré-implantação embrionária (AHUMADA e outros, 1998, p.21; DOSSIÊ..., 2003, p.12-13; LUNA, 2005, p. 396).

Ambas as técnicas expostas acima possuem especificidades que não serão aqui detalhadas por não fazerem parte de nosso objeto de análise nesta proposta. O que se deseja aqui é perceber que o serviço público de saúde já as incorporou ao seu rol de serviços disponibilizados para a população (em maior parte nos hospitais universitários), ainda que não haja até o momento legislação específica para regulamentar esta prática. Com esta disponibilização iremos nos ater a partir deste momento na caracterização do acesso ao serviço de RHA.

2.2.2 Acesso e serviço público de saúde no Brasil

A saúde no Brasil acompanha as alterações sociais num contexto mundial, e passa também por suas transformações, buscando responder às questões de otimização de recursos e atendimento das necessidades da população, inseridas num país em crise econômica e em processo de redemocratização (MENDES, 1993, p.31).

Em fins dos anos 70 e início dos 80, diversos países, inclusive o Brasil, questionavam as saídas para o setor público decorrentes de severa crise econômica que atingia as nações e que exigiam um redimensionamento do papel do Estado.

No Brasil, essas questões foram debatidas ao longo dos anos 80 e 90, e em relação à política de saúde, optou-se pela ampliação da participação democrática e da garantia dos direitos de cidadania, mediante conformação de um sistema de saúde com características universalizantes, de cunho igualitarista, sustentado pela idéia de justiça social (VIANA, FAUSTO e LIMA, 2003, p.58).

Os modelos de atenção à saúde vão, então, sendo alterados, até se chegar ao que conhecemos hoje como SUS - Sistema Único de Saúde, criado após intensos anos de debate, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), e “que tem como pressupostos a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e controle social” (ROS, 2006, p.58)

O SUS é sustentado pela Constituição Federal de 1988 (Título VIII, capítulo II, seção II) e pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, criadas para que os artigos da Constituição pudessem entrar em vigor, embora tenham sido aprovadas somente dois anos depois desta (MENDES, 1993, p. 47). Para a proposta que era o SUS funcionar de fato, foram definidas também normas operacionais básicas (NOB's), a partir das discussões já na 9ª Conferência Nacional de Saúde, esta somente em 1992 (ROS, 2006, p.58-59).

Em suma, caracterizam-se nestes textos supracitados os direitos e deveres dos cidadãos no campo da saúde, e os deveres do Estado para com estes. Tem-se como premissa para a saúde o “estabelecimento de condições que assegurem acesso *universal e igualitário* [grifo nosso] às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Lei 8.080, Título I, artigo 2º, § 1º). Cabe ao Estado promover este acesso, assim como regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços que disponibiliza através do SUS. Dessa forma,

o conceito de saúde assegurado na legislação brasileira constitui-se como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado e a universalidade da atenção implica, necessariamente, a formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana (ASSIS, 2003, p.816).

O conceito de acesso, assim como sua terminologia (ex.: “acesso” ou “acessibilidade”), é variável com o tempo, contexto e autores (TRAVASSOS, 2004, p.191). Neste estudo o termo *acesso* é empregado enquanto ato de ingressar, sendo então um indicativo do grau de facilidade com que os cidadãos obtêm cuidados de saúde. Para compreender como se caracteriza o acesso ao serviço de RHA dentro do sistema público de saúde no Brasil, foi analisado o que há de documentação oficial que viabilize este serviço. A busca por este material se deu em Arquivos Públicos Nacionais, com acesso impresso ou via Internet, conforme detalhado no capítulo de metodologia.

Ainda sobre o acesso aos serviços de saúde de uma forma geral, nos textos da Constituição referentes à saúde e ao SUS (Título VIII, Cap. II, seção II, art. 196) e na Lei 8.080/90 (Título I, art 2º, § 1º) também estão expressos o dever do Estado em garantir o acesso “universal e igualitário” às ações e serviços de saúde. A **Lei 8.080/90** (Título II, Cap. II, art. 7º) destaca ainda que a universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência, assim como a igualdade desta assistência, sem preconceitos ou privilégios, fazem parte dos princípios e diretrizes do SUS.

Embora o acesso dentro do panorama apresentado seja, por lei, destinado a todos os cidadãos na prática convivemos com “acessos seletivos, excludentes e focalizados [...] havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social” (ASSIS, 2003, p. 816). O acesso específico ao serviço de RHA não destoa desta primeira avaliação. Não havendo até o momento uma regulamentação a partir das diretrizes do SUS, seu direcionamento é dado em concordância com os pressupostos da Resolução nº 1.358/92 do CFM.

Sendo um documento normativo da classe médica, a resolução por si só não se torna suficiente para abarcar todas as necessidades de regulamentação que surgem a partir da disponibilização do serviço de RHA, tanto no setor público quanto no privado, como forma de “proteção de direitos e interesses dos envolvidos” (DINIZ, 2003, p.13). Com isso, pressupõe-se que a avaliação de quem possa ter acesso a este serviço pode ser pautada nas arbitrariedades e julgamentos morais dos executores da técnica (DINIZ e COSTA, 2001, p.184; DOSSIÊ..., 2003, p. 40-41).

Torna-se necessário, a partir deste momento, identificar e compreender, com base nos documentos oficiais do Governo Federal, como este percebe as questões relativas à formação de família e ao planejamento da mesma. Consideramos que somente a partir deste primeiro levantamento é que poderemos posteriormente identificar se o acesso ao modelo de família com filhos, disponibilizado a partir do uso de técnicas de RHA, está ou não em concordância com os pressupostos constitucionais sobre o planejamento e formação familiar.

2.2.3 Tecnologia Reprodutiva como Direito Humano Fundamental

O direito a um acesso igualitário às técnicas de RHA encaixa-se também nas questões referentes aos direitos sexuais e reprodutivos, que guardam com os movimentos sociais um vínculo estreito (BUGLIONE, 2001, p. 6, 8), em especial o movimento feminista.

As feministas e a igreja são atores incansáveis nas discussões sobre o Planejamento Familiar, colocando-se, na maioria das vezes como antagonistas e, ao mesmo tempo, fazendo com que as políticas governamentais sejam mais explícitas (COELHO, E., 2000, p. 54).

Este movimento faz parte da articulação que historicamente reivindica e garante (em 1983) a promoção junto ao Estado brasileiro de uma política de planejamento familiar embutida no que se chamou PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. A partir destas reivindicações é trazida à tona a necessidade de percepção da mulher não somente como tendo a reprodução por objetivo de vida, mas sim tornando esta capacidade um exercício de cidadania (BUGLIONE, 2001, p. 10). O PAISM, entretanto, não é implantado efetivamente, não sai de fato do papel, salvo experimentos isolados bem sucedidos (COELHO, E., 2000, p. 55).

O Estado, assim, altera suas nomenclaturas, de “controle de natalidade” para “planejamento familiar”, o que reforça esta desvinculação da reprodução com a figura da mulher, enquanto disposição inata. As demandas feministas têm um longo alcance dentro da estrutura social, alterando assim o papel da mulher na sociedade e a visão da família dentro dos dispostos oficiais sobre direitos civis, em especial do direito à saúde. Estas demandas são reiteradas com as alterações presentes na Constituição de 1988 e também na Convenção do

Cairo⁵ em 1994, onde é construída a linguagem dos direitos sexuais e reprodutivos, apartada de condicionamentos religiosos.

Pode-se afirmar que os direitos reprodutivos correspondem ao conjunto dos direitos básicos relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, circulando no universo dos direitos civis e políticos, quando se referem a liberdade, autonomia, integridade etc, e aos direitos econômicos, sociais e culturais quando se referem às políticas do Estado. Esse conceito compreende o acesso a um serviço de saúde que assegure informação, educação e meios, tanto para o controle da natalidade, quanto para a procriação sem riscos para a saúde. A partir desta percepção incorpora-se ao princípio de que, na vida reprodutiva, existem direitos a serem respeitados, mantidos ou ampliados. Isso implica em obrigações positivas para promover o acesso à informação e aos meios necessários para viabilizar as escolhas. O conceito de direitos reprodutivos não é meramente explicativo, eis que imputa responsabilidades, ações diretas ao Estado. Já no caso dos direitos sexuais, pode-se falar, ainda, em obrigações negativas, significa que o Estado, além de ter que coibir práticas discriminatórias que restrinjam o exercício do direito à livre orientação sexual (tanto no âmbito estatal quando das relações sociais), não deve regular a sexualidade, bem como as práticas sexuais (BUGLIONE, 2001, p.12-13).

Seguindo este raciocínio, a **Lei 9.263/96**, que trata especificamente sobre o planejamento familiar, entende-o como um “conjunto de ações de regulação de fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (Cap. I, art. 2º), orientando-se, assim, para a garantia do acesso igualitário às técnicas disponíveis.

A vinculação necessária entre saúde reprodutiva e direito reprodutivo, entretanto, ainda não é algo presente nos dispositivos legais, ao menos não de forma clara, tendo-se em vista que o conteúdo dos documentos presentes até o momento permite diferentes interpretações e significados. A dificuldade em estabelecer esta nova compreensão talvez se deva à complexa conjugação das necessidades que compõem o universo dos direitos reprodutivos, qual seja a de conciliar direitos sociais (coletivos) com o campo da saúde, e esta conciliação ser ainda conjugada com a conciliação de direitos individuais e o campo da autonomia dos indivíduos (BUGLIONE, 2001, p.16).

Ainda, percebendo os direitos reprodutivos como direitos humanos fundamentais – e dentre estes direitos, o próprio planejamento familiar, assim declarado e reconhecido pela ONU – Organização das Nações Unidas, desde 1968 (COELHO, E., 2000, p. 56), tendo sido

⁵ Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

transformado em Lei no Brasil somente em 1996, o que ressalta a dificuldade na articulação entre saúde e direito acima descrita – os colocamos como inerentes à condição humana, e protegemos a dignidade humana das ações do Estado e de indivíduos:

O conjunto institucionalizado de direitos e garantias do ser humano que tem por finalidade básica o respeito à sua dignidade, por meio de sua proteção contra o arbítrio do poder estatal e o estabelecimento de condições mínimas de vida e desenvolvimento da personalidade humana pode ser definido como *direitos humanos fundamentais* (MORAES, A., 2003).

Estes sendo respeitados podem enfim constituir um Estado de Direito Democrático. Assim, consoante com Débora Diniz (2003, p. 14), ponderamos aqui que talvez “a maneira mais razoável e não discriminatória de fundamentar a elegibilidade às técnicas reprodutivas seria deslocá-las do campo da saúde e aproximá-las do campo dos direitos fundamentais, em especial do direito ao planejamento familiar”.

O princípio da paternidade responsável foi eleito, ao lado do princípio da dignidade humana, como fundamento do direito ao planejamento familiar, submetido à livre decisão do casal. Trata-se de norma inovadora entre nós, que assegura a denominada ‘autonomia reprodutiva’, a qual tem sido objeto de profundos debates no âmbito internacional.

Essa autonomia, compreendida na categoria dos direitos humanos, pode ser entendida como ‘o direito à escolha reprodutiva’, ou seja, a liberdade de decidir ‘se’ e ‘quando’ reproduzir, ensejando aí também incluir o ‘como’ reproduzir-se, relacionado ao emprego das técnicas de reprodução assistida (LOYOLA, 2005, p. 149)

2.3 Bioética, Direitos Humanos e RHA

Embora já existam produções que regulamentam os experimentos com humanos num nível mundial, não se pode dizer que há respeito de fato ao que se estabelece no papel. E a própria história comprova este dado, com as conseqüentes revelações de não cumprimento dos determinantes éticos nas pesquisas – nestas encontram-se também as específicas sobre tecnologias reprodutivas – em diferentes partes do mundo. Com isto, vai sendo criado um movimento em prol desta ética no campo das biociências (OLIVEIRA, F., 2002, p.9), e a Bioética vai surgir então de forma a inaugurar a participação social nas discussões da biociência, até então quase que exclusivamente destinadas às corporações da área da saúde (OLIVEIRA, F., 2004a, p. 83). Tem-se na literatura o registro da década de 1970 como o momento de surgimento do termo Bioética, com as conotações a seguir.

Van Rensselaer Potter, nos EUA, é historicamente referido como o primeiro a fazer uso do termo *bioética*, usando-o no sentido de um campo de estudo para promover a adaptação do homem ao seu meio ambiente, prolongando a sobrevivência humana numa sociedade aceitável (ANJOS, 2001, p. 19; GARRAFA, 1995, p. 14; OLIVEIRA, F., 2002, p. 9). Sua preocupação é em face de um novo – e em constante mutação – ambiente social, resultado da incessante interferência humana nos processos biológicos e tecnológicos.

Embora Potter seja considerado o “pai” do termo bioética, é creditada a André Hellegers, holandês também residente nos EUA, a mais ampla divulgação do termo. Hellegers vai compreender a bioética como campo de estudo, mas também com movimento social. Como campo de estudo, envolveria não somente as ciências biológicas, mas também as sociais, além das inúmeras possibilidades de visões éticas. Como movimento social, compreendia que suas questões trazidas para debate envolviam a congregação de diferentes instituições sociais, como a academia, as ciências biomédicas e os governos (ANJOS, 2001, p.19). Entretanto, sua visão de bioética como movimento social ainda era vinculada à questão de campo de estudo, de disciplina, e não como campo de ação. Neste aspecto, a visão de Potter é percebida como mais aproximada da noção de movimento social enquanto prática, e enquanto envolvimento macro, global (OLIVEIRA, F., 2002, p. 9).

A *bioética* fica então conhecida por um forte vínculo à academia e à noção de disciplina voltada para discussões dentro das ciências biomédicas, como se fosse possível desarticular estas discussões de seu contexto social específico. É, assim, compreendida e

limitada a uma questão de ética biomédica (ANJOS, 2001, p. 18, 20). Contemporaneamente, podemos compreendê-la como uma instância de permanente reflexão sobre a ação humana, uma ética da vida – etimologicamente falando (OLIVEIRA, F., 2002 e 2004a), um

campo do saber ético e da moral, reajustado ao cenário contemporâneo, que busca a análise de valores e do agir humanos que decorrem dos fatos, eventos, problemas e desafios provenientes do desenvolvimento da ciência e da tecnologia na área da biologia, genética, meio ambiente, medicina, biotecnologia e setores afins (DOSSIÊ...2003, p. 32)

e que, ainda, incorpore uma visão multidisciplinar, incluindo saberes além dos supracitados, como “a filosofia, o direito, a teologia, a antropologia, a ciência política, a economia” (GARRAFA, 1995, p. 15), entre outros tantos quanto sejam possíveis de se articular.

Seus enfoques, enquanto disciplina e movimento social, continuam sendo percebidos ao promover a criação de sociedade, comitês e afins, nas áreas profissional e governamental de pesquisa, e ao refletir as necessidades da sociedade civil (DOSSIÊ..., 2003, p. 32-33). Pode-se, contudo, destacar que as relações entre seus dois enfoques permanecem entrelaçadas, tendo-se em vista que como movimento social demanda estudos para definições teóricas e normativas, e como disciplina, promove subsídios para as ações da prática (OLIVEIRA, F., 2002, p. 9).

Essa dupla face (disciplina e movimento social – Movimento Bioético) confere à bioética a peculiaridade de ser, ao mesmo tempo, *reflexão* (sobre as implicações sociais, econômicas, políticas e éticas dos novos saberes biológicos) e *ação* (objetivando estabelecer um novo contrato social entre sociedade, cientistas, profissionais de saúde e governos) sobre as questões do presente e as perspectivas de futuro (OLIVEIRA, F., 2004a, p. 75).

Embora esteja comumente vinculada a questões do campo médico, a bioética pode ser percebida como algo mais abrangente. Suas questões, assim, podem ser então compreendidas para muito além das discussões estritamente éticas dentro da área biomédica, podendo também incluir “assuntos de saúde pública, preocupações sobre população, genética, meio ambiente sanitário, praticas e tecnologias reprodutivas, saúde e bem-estar animal e semelhantes” (REICH *apud* ANJOS, 2001, ano, p. 21). Uma compreensão mais apurada da

importância das discussões bioéticas pode ser obtida a partir dos adventos históricos que corroboraram para a definição dos direitos humanos fundamentais.

A II Guerra Mundial, representada pelo nazismo e seus experimentos com seres humanos, demarca um impactante momento na história da humanidade, assim como nos conceitos de ética e direitos humanos. A crueldade dos experimentos e a não consideração do outro – o não ariano – como digno trazem à tona discussões ainda hoje não encerradas a respeito dos limites da ciência, da intolerância às diferenças, do respeito aos direitos humanos, para citar apenas alguns dos aspectos que pairam na superfície do tema abordado. Como um marco histórico, cria-se o Tribunal de Nuremberg em 1945 (OLIVEIRA, 2004a, p. 81), que lida com este evento de forma a ter ali material mais que suficiente para criar o Código de Nuremberg (1947), onde são definidos os pontos orientadores da ética na pesquisa em seres humanos (GONÇALVES, GARCIA e VERDI, 2006, p. 336; OLIVEIRA, 2002, p. 9), desde que:

tenha como pilares a utilidade, a inocuidade e a autodecisão da pessoa que participa da experiência. Baseia-se na afirmativa de que nenhuma experimentação poderá visar objetivos políticos, eugênicos ou bélicos. Refere-se ainda às condições de realização das pesquisas e diz que nenhuma experimentação poderá ser levada a cabo sob condições de crueldade e tortura e que ‘os interesses da pessoa devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade’.

Historicamente, as corporações médicas têm dedicado atenção especial às questões éticas e participaram da elaboração de códigos, declarações e procedimentos que orientam a conduta profissional na área de saúde. São princípios universais, válidos em qualquer lugar, e é sempre com base neles que cada país faz suas leis civis e penais. (OLIVEIRA, F., 2004a, p. 82).

Em dezembro de 1948 – ou seja, apenas um ano após a definição dos termos do Código de Nuremberg – é proclamada a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esta proclamação merece destaque por congregar os votos dos então 56 (cinquenta e seis) Estados que compunham a Assembléia Geral da ONU naquele período, e a despeito de diferenças culturais existentes, o texto é aprovado sem receber nenhum voto em contrário (48 a favor e 8 abstenções) (GREGORI, [s/d] a). Ela serve de base, a partir de sua proclamação, para a elaboração de outras espécies de cartas e tratados que se voltam à proteção dos Direitos Humanos, como os anteriormente já citados (HOGEMANN, 2002) e, “se é verdade que outras cartas de direito precederam a Declaração Universal, não é menos correto observar que este

foi o primeiro documento que estabeleceu um ideal comum a ser atingido por todos os povos e nações” (GREGORI, [s/d] b).

A dignidade inerente à todo ser humano é a base de seu texto, e ela protege os direitos do homem até mesmo de uma possível violação por parte de seu Estado.

Seria inimaginável hoje que Estados ou governantes possam encontrar argumentos defensáveis para negar o direito à vida, liberdade, segurança da pessoa, ou proteção contra a escravidão, trabalho forçado, tortura, discriminação racial. Os direitos à alimentação, saúde, trabalho e seguridade social são igualmente básicos para qualquer concepção plausível de uma dignidade humana igualitária. A universalidade, é portanto, uma presunção inicial em que se fundam os direitos humanos (GREGORI, [s/d] a).

Os Direitos Humanos são, então, convergidos em uma denominação única, a de Direitos Fundamentais, e tornam-se a base da grande maioria das sociedades pelo mundo. Estes direitos passam historicamente por diversas gerações, indo dos direitos individuais, no século XVII, com a transição do sistema feudal para o capitalismo; passando pelos direitos coletivos, que englobam direitos sociais, econômicos e políticos, com o desenvolvimento de uma sociedade burguesa; até chegar aos direitos dos povos, requeridos por lutas e transformações sócio-político-econômicas nos últimos três séculos (HOGEMANN, 2002). A Declaração Universal dos Direitos Humanos surge neste terceiro contexto geracional, a partir da II Guerra Mundial e da necessidade criada de se estabelecer valores fundamentais para a proteção universal da dignidade humana.

Esta universalidade, deve-se destacar, não exclui os direitos de liberdade individual, pelo contrário, garante aos indivíduos reconhecimento de seus direitos fundamentais pela sua condição única de ser humanos, independente de a qual Estado pertençam, não apagando também as diferenças ou desejando uniformizar e subordinar os indivíduos, mas sim respeitando sua diversidade, inerente à condição humana, reforçando-a e valorizando-a. A garantia destes direitos visaria restringir as possíveis arbitrariedades dos Estados que possam por conseguinte privar os indivíduos do direito à sua liberdade fundamental. Acordando as bases estabelecidas na Declaração, os Estados se comprometem a rever suas legislações e práticas com relação aos direitos humanos, e tomar medidas de proteção e promoção destes direitos e das liberdades fundamentais (NDIAYE, 1998, p. 49-50).

Assim, a declaração não deve ser “entendida apenas como uma abstração. É proposta que envolve um compromisso a ser implementado por todos os Povos que o

assumiram perante a História” (PEREIRA JUNIOR, 1998, p. 813), e neste sentido, pode-se dizer que

defesa e promoção dos direitos humanos [...] ganharam o estatuto de tema global, e como tal, componente essencial da governabilidade da ordem mundial e da legitimidade dos Estados. São temas que reconciliam a ética com a política, a aspiração dos cidadãos com a responsabilidade dos Estados e da comunidade internacional (OLIVEIRA, R., 1998, p.989).

Desde o Tribunal de Nuremberg já fica prevista a incorporação de novos casos para discussão e a confecção de novas normas que se façam necessárias, e ao longo da história o Código de Nuremberg vem servindo de base para que instituições como a AMM – Associação Médica Mundial – e a OMS – Organização Mundial de Saúde – aprovelem instrumentos como a Declaração sobre Pesquisas Biomédicas⁶ (em 1962, pela AMM), a Proposta de Diretrizes Internacionais para a Pesquisa Biomédica envolvendo Seres Humanos (1982), as Diretrizes Internacionais para a Revisão Ética dos Estudos Epidemiológicos (1991) e as Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos (1993), estas últimas pela OMS em parceria com o CIOMS – Conselho para as Organizações Internacionais de Ciências Médicas (OLIVEIRA, F., 2004a, p. 82-83).

No contexto brasileiro, as preocupações com pesquisas que incorporem seres humanos como objeto de intervenção e a ética envolvendo-as, somente são levadas a termo a partir da criação pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS – da Resolução 01/88, em 1988, uma compilação de normas disciplinando este tipo de pesquisa, e em 1996, da Resolução 196/96, contendo diretrizes para regulamentar as pesquisas com seres humanos, e criando os Comitês de Ética em Pesquisa – CEP’s - e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (GONÇALVES, GARCIA e VERDI, 2006, p. 336).

Compreendendo a bioética como um campo multidisciplinar, que visa analisar os valores e ações do homem decorrentes de questões “provenientes do desenvolvimento da ciência e da tecnologia na área da biologia, genética, meio ambiente, medicina, biotecnologia e setores afins” (DOSSIÊ..., 2003, p. 32), e considerando as diversas indagações que a RHA suscita, convém fazermos um aparte e explicitarmos o caminho teórico escolhido para buscarmos as respostas às indagações presentes neste estudo. As diferentes possibilidades de fundamentação teórica desta discussão encerram variadas concepções de ser humano e

⁶ Revisada em 1964 – Helsinque, 1975 – Tóquio, 1981 – Manila, 1983 – Veneza, 1989 – Hong Kong, e 2000 – Edimburgo.

mundo, que por sua vez delimitam quais valores são tidos como universais, devendo ser respeitados.

Ao falarmos neste estudo sobre tecnologias reprodutivas, o campo de novas técnicas que surge remete a questões onde a Bioética de Situações Limite encaixa-se de forma mais adequada como referencial de análise. Com o mesmo objeto de estudo, se mudarmos o foco para a questão dos direitos de cidadania que conferem aos indivíduos o acesso ao serviço de saúde em questão, estamos lidando com uma situação cotidiana, coletiva, onde a Bioética Cotidiana mostra-se mais profícua para fundamentar a discussão - que é a que este trabalho se propõe a realizar. A Bioética Cotidiana, então, refere-se aos “comportamentos e às idéias de cada pessoa” (BERLINGUER, 1993, p. 19), contudo esta idéia não deve ser compreendida como forma restritiva de seu campo de atuação, ela não se isola em explorar questões individuais, como pode parecer a um primeiro olhar menos atento, mas pode sim pensar questões de coletividade que interferem na vida de cada indivíduo, o que a faz harmônica com as idéias estabelecidas pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, no que se refere a pensar de forma universal, protegendo a dignidade humana e sua liberdade fundamental.

Partindo da possibilidade de regulação consciente da própria reprodução, o homem se depara na contemporaneidade com as mudanças nas fronteiras da ciência, e com as influências destas mudanças no contexto social. A liberdade de procriação permite uma redefinição de como nos inserimos no mundo, reconfigurando nossos papéis dentro da sociedade a partir da recusa da procriação enquanto um *dever* (BERLINGUER, 2004, p. 14-15). Esta recusa implica, por conseguinte, no afastamento do modelo tradicional cristão de família nuclear.

Há distinções entre as discussões bioéticas acerca da RHA, sobre ela representar não somente liberdade como também *direito* à procriação, e o que se pondera é que os elementos envolvidos na questão (como nascimento, relações entre indivíduos, afetividade) são de discussão árdua, podendo ser distorcidos pela lei e a intervenção do Estado. Um outro foco de discussão é o que tenta perceber se a RHA é de fato um direito, para quem e em quais condições, concordando com os objetivos de análise desta proposta de trabalho. Há aqui o consenso de “não ser privado arbitrariamente de tais faculdades” (BERLINGUER, 2004, p. 18), o que nos permite refletir de imediato sobre o estado atual do acesso ao serviço de RHA.

Muitas são as possibilidades de atribuição de valor à fertilidade, visando restringi-la, e dentre elas podemos destacar o conceito de infertilidade, ou esterilidade. Entendido em seu sentido mais estrito ou mais amplo, alteram-se as percepções sobre quem pode ou não ter acesso às tecnologias de RHA. Expandindo o conceito, poderiam ser inseridas nele causas

psicológicas e sociais, e não somente as clínicas, que refletem somente seu sentido estrito (DINIZ, 2003, p. 13).

A Bioética Cotidiana não busca atribuição de valores morais negativos para qualquer tipo de esterilidade/infertilidade. Segundo Berlinguer (2004, p.24.25) a dificuldade de procriar só passa a ser vista como um problema moral quando “constitui um dano para o indivíduo”. Sua reflexão segue-se com a consideração de que passa a existir uma “responsabilidade social quando ações do tipo preventivo ou curativo são possíveis e não são postas em funcionamento”.

Embora use o termo livre-escolha ao invés de autonomia, as reflexões propostas por este autor acerca da RHA circundam este princípio ao considerar o desejo por uma “maternidade e uma paternidade, fundadas sobre a gestação materna e a descendência genética (mesmo parcial)” (BERLINGUER, 2004, p.33) como parte do patrimônio cultural contemporâneo, sendo sua negação um limite à liberdade de escolha de cada indivíduo. Contudo, ele pondera que a RHA pode não somente aumentar a liberdade de escolha, como também tornar o homem dependente das técnicas médicas, tanto corporal como mentalmente.

Conforme anteriormente colocado, o nascimento da bioética pode ser encontrado sendo descrito na literatura a partir das crescentes denúncias a respeito de pesquisas realizadas tendo seres humanos como objetos de intervenção, onde estes estariam sendo colocados em situações de vulnerabilidade, o que acarretaria desacordo aos padrões éticos já reconhecidos e vigentes num contexto mundial, no referente às pesquisas com seres humanos.

Os casos que incitaram estas denúncias são em sua maior parte provenientes dos EUA, onde podem ser destacados os seguintes (GONÇALVES, GARCIA e VERDI, 2006, p. 335): em 1963, em Nova York, idosos doentes têm células cancerosas vivas injetadas em seus corpos; entre 1950 e 1970 é conduzida, também em Nova York, uma pesquisa que injeta um tipo de vírus da hepatite em crianças com retardamento mental; e o que talvez seja o caso mais emblemático da história, entre 1940 e 1972, em Tuskegee, Alabama, é realizado um estudo com negros sífilíticos, que foram deixados sem acesso aos tratamentos possíveis, mesmo depois da descoberta da penicilina em 1945, com o único propósito de estudar o ciclo de evolução natural da doença.

Pelas datas dos casos citados, percebe-se a já existência de definições internacionais no referente à ética em pesquisas, mas esta existência não garantia sua realização de fato, gerando o conflito e demandando respostas para que fossem evitados futuramente abusos como os acima descritos. No campo da RHA mais especificamente, não muito se diferenciam os experimentos dos promotores de revolta e demanda por regulação já expostos aqui. As

técnicas são amplamente estudadas e difundidas, os avanços no campo biomédico são notórios e geram crescente demanda por mais estudos e também por acesso às descobertas.

Neste aspecto, a avidez por solucionar uma questão antes delegada a desígnios divinos, a partir dos contextos religiosos fortemente arraigados nas sociedades onde se desenvolvem estes estudos, faz do homem um novo “Deus”, o homem-cientista nesse momento se interpõe entre a visão da religião e o resto da humanidade, como um novo elo criador, um facilitador e, por vezes, criador de outro ser humano (OLIVEIRA, F., 2004b, p. 181). Nesta “brincadeira” de ser seu próprio Deus, experimentos vão sendo realizados, em total desacordo com os estabelecimentos reguladores das pesquisas em seres humanos de cada país.

A divulgação oficial de experimentos envolvendo humanos, no campo da RHA, é primeiramente datada de 1970, com as técnicas iniciais de Fertilização *In vitro* (DOSSIÊ..., 2003, p. 8), mas já retomamos no contexto histórico sobre a reprodução humana que os primeiros experimentos de fato são encontrados na história já no século XVIII. Contudo, os experimentos realizados após a criação das normativas reguladoras da pesquisa com seres humanos passam a ser tornados públicos apenas a partir de 1970.

Apesar de esta data ser a referência, alguns autores levantam a discussão sobre ser a partir do nazismo e seus estudos sobre reprodução e genética o início concreto de experimentos com seres humanos (OLIVEIRA, F. 2004 b, p. 55), absolutamente sem critérios éticos como os pensados a posteriori, no exposto sobre o Código de Nuremberg. Ressalte-se aqui, que Hitler associava seus ideais racistas à noção de cientificidade, sendo, portanto, seus experimentos compreendidos como propósitos em prol da ciência (REZENDE, 2006), ainda que ele os tivesse apenas para proveito de seus próprios ideais eugênicos. Aparte os horrores provocados pelo nazismo e suas práticas, foram em seus campos de concentração que se desenvolveram as bases teóricas e práticas das hoje denominadas Novas Tecnologias Reprodutivas (OLIVEIRA, F., 2002, p. 17).

Conforme já mencionamos neste estudo, Louise Brown torna-se caso notório e referência mundial de sucesso das técnicas empregadas (DOSSIÊ..., 2003, p. 9; OLIVEIRA, F., 2004a p.53), embora tenha sido realizado em desacordo com as orientações éticas em vigor da Grã-Bretanha.

Esses cientistas trabalharam absolutamente conscientes de que tais investigações envolviam alguns procedimentos inseguros, inclusive para animais não humanos, conforme parecer do Conselho Britânico de

Investigações Médicas que não concedeu verbas para a referida pesquisa (OLIVEIRA, F., 2002, p. 18).

A despeito de ter sido realizada fora do contexto ético vigente em seu país de origem, o sucesso da aplicação da técnica, originando a criança desejada pelos pais acarreta um tipo de corrida pelo acesso às novas descobertas, que não deixa de fora experimentos realizados também aqui no Brasil. Fica registrado como marcante a morte de uma mulher em São Paulo, em 1982, literalmente usada como cobaia em um “treinamento” de Fertilização *In vitro* ministrado por uma equipe médica australiana à uma equipe brasileira, sendo este o primeiro caso registrado mundialmente como óbito decorrente de prática de tecnologia reprodutiva (DOSSIÊ..., 2003, p. 9; OLIVEIRA, F., 2004a, p. 54).

Os experimentos mais recentes revelam questões para além das referentes ao uso inicial das técnicas, incluindo o abuso das tecnologias já estabelecidas, como nos diagnósticos cada vez mais freqüentes de gestações múltiplas, com casos de até nove bebês, resultantes de aplicação de técnicas de RHA, além de gestações em mulheres acima de 50 e até 60 anos também estarem se tornando rotina nos noticiários (DOSSIÊ..., 2003, p. 23; OLIVEIRA, F., 2002, p. 14, 16; OLIVEIRA, 2004a, p. 56). Estas novas formas de uso das tecnologias demandam, por conseguinte, mais debates e estudos aprofundados sobre os componentes éticos envolvidos estarem sendo violados ou não, e em que condições devem e podem ser repensados, de forma que não se restrinjam ao papel, podendo ser detectados na prática.

Diante deste contexto, ao Estado caberia o estabelecimento de leis que favorecessem “a convivência civil e o respeito às decisões de cada um” (BERLINGUER, 2004, p.36, 65), entretanto não é algo simples estabelecer uma legislação adequada às situações refletidas pela Bioética Cotidiana, tendo-se em vista que os campos das abordagens éticas e legais não devem ser confundidos. “Para as situações cotidianas [...] a legislação é freqüentemente dúbia e, pior, em muitas ocasiões é simplesmente omissa”, diz Garrafa (1995, p. 28). Berlinguer reforça essa questão quando menciona a inseminação artificial e a ausência de normas jurídicas e de serviços adequados, podendo ela ser executada sem “garantias científicas, sem amparo jurídico, com inconvenientes de ordem prática e moral” (1993, p. 48).

Assim, sendo um procedimento de alta complexidade técnica, e que exige grande responsabilidade por parte dos envolvidos, faz-se necessário que o poder público elabore uma legislação “específica por pessoas que entendam profundamente do assunto, com a finalidade de evitar os abusos e, dessa forma, possa-se manter os seus propósitos como uma conduta eticamente confiável e, conseqüentemente, aceitável pela sociedade” (DINIZ e COSTA, 2001,

p. 186). Diante desta necessidade, buscamos explorar os documentos analisados, de forma a perceber como vêm sendo constituídos os textos referentes à RHA no Estado brasileiro, e o que eles denotam sobre as questões éticas que perpassam todo seu contexto.

3

3. PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico escolhido para a realização desta proposta foi se compondo de forma a englobar elementos que possibilitassem o direcionamento da pesquisa para seu objetivo, qual seja o de refletir sobre o “direito de acesso ao serviço de reprodução humana assistida no Brasil”, tendo como referencial de análise a Bioética Cotidiana.

Na confecção do trabalho de imediato fez-se necessário o resgate histórico sobre as técnicas de reprodução humana, assim como também - ao longo já das primeiras etapas de construção da proposta - foram se destacando e exigindo uma atenção especial as noções de “família” e “planejamento familiar”, sob a ótica do Estado Brasileiro. Os pontos que obtiveram destaque durante a coleta e posterior análise do material foram explorados dentro das definições da proposta de trabalho, restringindo-se o foco ao “direito de acesso”, sem desconsiderar, entretanto, a relevância dos demais pontos de discussão que foram se evidenciando durante a leitura do material coletado.

Operacionalmente, este material foi lido para que os dados fossem ordenados, e em seguida classificados a partir da consideração de sua relevância, sendo então transformados em categorias específicas, que na etapa final de análise foram articuladas aos referenciais teóricos da Bioética Cotidiana, de forma a responder às questões da pesquisa. Esta, assim, tem a configuração descrita como em seguida:

3.1 Tipo de estudo

A proposta deste trabalho é de um estudo qualitativo, descritivo. A escolha por uma pesquisa qualitativa se deu por sua preocupação em “compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos” (MINAYO, 1994, p.24). Neste tipo de pesquisa, é “a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração” (BARDIN, 1977, p. 21).

O estudo é também delineado como descritivo por sua concepção interna focar-se em um nível de interpretação que é a descrição da questão, sem aprofundar-se em todos os

elementos que compõem seu cenário, em suma, seu propósito é o de “observar, descrever e explorar aspectos de uma situação” (POLIT e HUNGLER, 1995, p.119).

Como técnica de pesquisa de documentação indireta, para se levantar dados sobre o campo de interesse, foi utilizada a pesquisa documental. As fontes primárias, ou documentos – onde foi coletado o material para análise – foram os Arquivos Públicos Nacionais em suas formas impressa (publicações oficiais) e digital (via Internet), em especial: Imprensa Nacional <http://www.in.gov.br>; Câmara dos deputados <http://www.camara.gov.br>; Senado Federal <http://www.senado.gov.br>; Ministério da Saúde <http://www.saude.gov.br>.

3.2 Coleta de dados

A busca por material impresso revelou-se de acesso difícil e irregular, sendo assim, a pesquisa seguiu-se pela busca digital, que mostrou-se mais produtiva. Deve-se ressaltar aqui que os portais do Governo Federal visitados para busca de material mostraram-se de bastante utilidade, fácil acesso de navegação, assim como de acesso aos documentos oficiais publicados.

Com a grande qualidade de produção das páginas visitadas, a pesquisa via internet realizou-se de forma ágil, precisa e simples. Todas as publicações impressas já se encontravam disponíveis via internet, o que permitiu mais segurança na coleta destes dados via web. Para a coleta, foi definida a busca por todo tipo de material oficial que versasse sobre “Reprodução Humana Assistida”, “Reprodução Assistida”, “Reprodução Humana”, “Inseminação Artificial”, ou “Fertilização ‘In vitro’”, não sendo feita nenhuma restrição por data de publicação ou tipo de documento, por exemplo. Com a pesquisa realizada por estes unitermos, a abrangência de material a ser coletado seria, a princípio, maior.

Os tipos de documentos coletados podem então ser definidos como:

- 1) Documentos oficiais – leis, portarias, ofícios, relatórios, etc.;
- 2) Publicações parlamentares – atas, debates, documentos, projetos de lei, impressos, relatórios, etc (LAKATOS e MARCONI, 2005, p. 176-178).

Neste primeiro levantamento foram encontrados os seguintes documentos e publicações parlamentares:

- **Projetos de lei (PL's):**

- **5624/05** - Cria Programa de Reprodução Assistida no SUS e dá outras providências;
- **4889/05** - Estabelece normas e critérios para o funcionamento de Clínicas de Reprodução Humana;
- **4686/04** - Introduce art. 1.597-A à Lei nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil, assegurando o direito ao reconhecimento da origem genética do ser gerado a partir de reprodução assistida, disciplina a sucessão e o vínculo parental, nas condições que menciona;
- **4555/04** - Dispõe sobre a obrigatoriedade da Natureza Pública dos Bancos de Cordão Umbilical e Placentário e do Armazenamento de Embriões resultantes da Fertilização Assistida e dá outras providências;
- **2061/03** - 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;
- **1184/03** - Dispõe sobre a Reprodução Assistida;
- **1135/03** - Dispõe sobre a Reprodução Humana Assistida. Definindo normas para realização de inseminação artificial, fertilização "in vitro", barriga de aluguel e criopreservação de gametas e pré-embriões;
- **120/03** – Dispõe sobre a investigação de paternidade de pessoas nascidas de técnicas de reprodução assistida. Permitindo à pessoa nascida de técnica de reprodução assistida saber sobre a identidade de seu pai ou mãe biológicos;
- **4665/01** - Dispõe sobre a autorização da fertilização humana "in vitro" para os casais comprovadamente incapazes de gerar filhos pelo processo natural de fertilização e dá outras providências;
- **2655/01** - Autoriza o Governo do Estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria de Estado de Saúde, a implantar clínica especializada em reprodução assistida e dá outras providências;
- **90/01 (subst)** - Dispõe sobre a Reprodução Assistida;
- **90/99 (subst)** - Dispõe sobre a Procriação Medicamente Assistida;
- **90/99** - Dispõe sobre a Reprodução Assistida;
- **2855/97** - Dispõe sobre a utilização de técnicas de reprodução humana assistida e dá outras providências;
- **3638/93** - Institui normas para a utilização de técnicas de reprodução assistida.

- **Resolução nº 303/00 do Conselho Nacional de Saúde** - norma complementar para a área de Reprodução Humana, estabelecendo sub áreas que devem ser analisadas na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e delegando aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) a análise de outros projetos da área temática;
- **Resolução nº 1.358/92 do Conselho Federal de Medicina** – sobre normas éticas para a utilização das técnicas de Reprodução Assistida;
- **Portaria nº 426/05 do Ministério da Saúde** - institui no SUS a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida;
- **Lei 9.263/96** – Dispõe sobre o Planejamento Familiar;
- **Nota Técnica da Comissão sobre Acesso e Uso do Genoma Humano (Ministério da Saúde) em parceria com membros do Projeto Ghente (apoiado pela FIOCRUZ)** - discutem os projetos de lei em tramitação e apresentam contribuições para a futura legislação sobre Reprodução Humana Assistida.

3.3 Análise dos dados

Os documentos coletados foram trabalhados a partir das técnicas de Análise de Conteúdo, descritas como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas), destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

As fases de tratamento destes dados coletados englobam as seguintes etapas: pré-análise, leitura flutuante, constituição do “corpus” e categorização do material coletado. Após a categorização é possível iniciar a análise dos temas e categorias estabelecidos.

Ressalte-se que foi utilizada especificamente a Análise de Conteúdo *Temática*, que visa a busca do sentido ou dos sentidos de um texto. Retiram-se as categorias mais significativas, organizando-as em seguida em temas, ou unidades de análise, e percebendo como estes se articulam dentro do discurso presente nos documentos coletados. A

interpretação - procedimento inerente nas fases de análise - entendida como uma produção de sentidos, é o que possibilita a busca por esses sentidos no texto coletado.

Apelar para estes instrumentos de investigação laboriosa de documentos, é situar-se ao lado daqueles que, de Durkheim a P. Bourdieu passando por Bachelard, querem dizer não 'à ilusão da transparência' dos factos sociais, recusando ou tentando afastar os perigos da compreensão espontânea (BARDIN, 1977, p. 28).

3.3.1 Pré-análise

A pesquisa passou por diferentes fases, até chegar aos documentos finais de fato analisados. Os conteúdos a serem analisados foram organizados de acordo com Bardin (1977), que estabelece como constitutiva da fase de pré-análise as etapas de: escolha de documentos, leitura flutuante e preparação do material de análise. Essa fase é descrita como “um período de intuições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise” (BARDIN, 1977, p. 95).

Diante deste primeiro levantamento foi feita uma seleção dos documentos mais pertinentes para a realização desta proposta. A leitura flutuante se fez necessária para destacar, dentro do material selecionado sobre a temática estudada, os documentos que de fato referiam-se em algum momento ao acesso ao serviço de RHA. Foram descartados os textos que não tratavam do tema objeto de análise.

Assim, ao final desta etapa de leitura flutuante, foram selecionados a Portaria/MS 426/05, em vigência até a presente data, e os projetos de lei, tendo-se em vista que é somente a partir da aprovação de uma lei específica que o acesso ao serviço de reprodução humana receberá um direcionamento claro e válido em todo território nacional, além do já previamente estabelecido pela portaria, que refere-se estritamente ao SUS. O acompanhamento do andamento dos PL's foi possível através da rede do governo na internet, o que permitiu reduzirmos ainda mais o número do material coletado, em função do arquivamento de algumas propostas, e também da não adequação de algumas ementas ao foco de nosso estudo, como já explicitado acima.

Desta forma, com a exploração deste material, dos 20 (vinte) documentos encontrados na primeira seleção de material sobre o tema Reprodução Humana Assistida, o “corpus” de análise foi restrito a 15 (quinze) Projetos de Lei e a Portaria/MS 426/05. Com este material, foi realizada nova leitura para seleção dos textos adequados ao tema específico da pesquisa. Durante este processo foram sendo descartados os projetos arquivados e os não específicos sobre o tema. Os passíveis de análise para esta proposta reduziram-se, assim, ao PL 1.184/03, que possui os apensos indicados na Figura 1 e à Portaria/MS 426/05.

Descartando-se os apensos da PL 1.184/03 que não são relativos à temática pesquisada, temos no total 6 (seis) PL’s (dos 15 [quinze] encontrados inicialmente) e a Portaria 426/05 que podem servir de objeto de análise para discutirmos a configuração do direito de acesso ao Serviço de Reprodução Humana Assistida. Estes 6 (seis) PL’s e a Portaria constituem portanto o “corpus” que é o “conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 1977, p. 96-97)

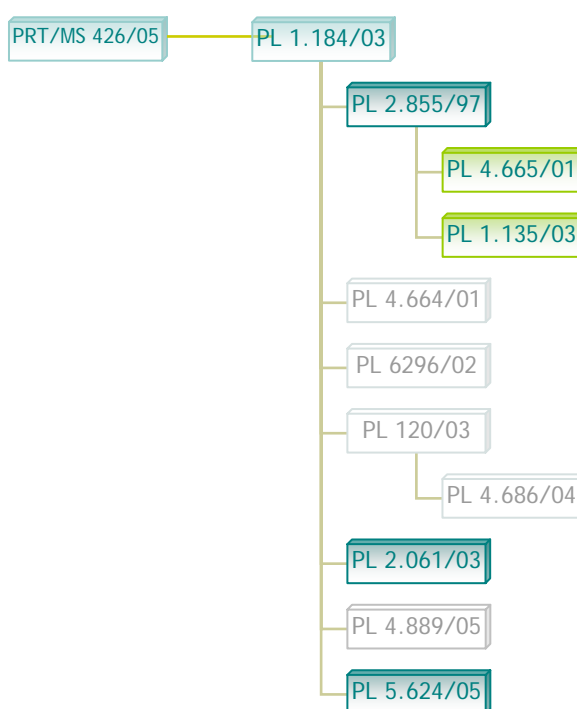


Figura 1: “Corpus” de análise⁷

As regras utilizadas para o estabelecimento deste “Corpus” aqui trabalhado obedeceram às propostas por Bardin (1977, p. 97-98) como sendo de *exaustividade*, *representatividade*, *homogeneidade* e *pertinência*.

⁷ Os PL’s nos quadros em branco não estão sendo analisados por versarem sobre temáticas fora da proposta deste trabalho.

A *exaustividade* refere-se à utilização de todo material possível de ser inserido no bloco de material a ser analisado. Ela pode ser observada quando da coleta dos 20 (vinte) primeiros documentos encontrados a partir dos unitermos definidos para busca. Não foi deixado de fora da leitura nenhum material coletado que contivesse os termos selecionados.

A *representatividade* vai tratar da amostra a ser analisada e sua representatividade no universo inicial coletado. Assim, percebemos esta regra sendo utilizada quando dos 20 (vinte) documentos iniciais ficamos com 7 (sete) para análise de fato. Foram compor o “corpus” todos os documentos que versavam sobre a temática a ser analisada sendo, portanto, uma amostra rigorosa por ser representativa de seu universo, podendo ser generalizado seu resultado.

A *homogeneidade* refere-se à obediência a critérios precisos na escolha dos documentos, e pode ser percebida quando da definição dos critérios para a escolha do material coletado, ao definirmos os unitermos para a busca, os locais para busca e as formas de exclusão ou não de cada documento.

A *pertinência* refere-se à adequação dos documentos ao objetivo de análise do trabalho, o que é evidenciado pelos próprios documentos coletados e listados anteriormente.

Dos demais documentos coletados, ainda são considerados – não para análise, mas para embasamento da discussão – a Resolução do CFM, que serviu de base para a criação dos PL's, em sua maioria; a Lei 9.263/96, escolhida como ponto de ancoragem da discussão a ser apresentada posteriormente; além da Nota Técnica do MS e Projeto Ghente, que auxilia no pensar a questão a partir do olhar da Bioética.

3.3.2 *Categorização dos dados*

A fase seguinte, onde o material é preparado para ser analisado, é identificada por Bardin (1977) como de categorização, onde os elementos que formam um conjunto são diferenciados para poderem ser classificados. São diferenciados para que sejam estabelecidas as categorias, e em seguida repartidos à medida que forem sendo encontrados.

Partindo da leitura dos documentos analisados, os dados que compunham o Direito de Acesso ao Serviço de Reprodução Humana Assistida foram se destacando e configurando os 3 (três) temas mais amplos utilizados, denominados como:

- Acesso a quê? – o que está sendo possibilitado de ser acessado;
- Acesso para quem? – a quem se destina este acesso;
- Condições e critérios de acesso – como e quando ele é disponibilizado, em que situações, etc.

A partir da configuração destes 3 (três) grandes temas, puderam ser criadas categorias e subcategorias de análise, conforme ilustra a figura 2.

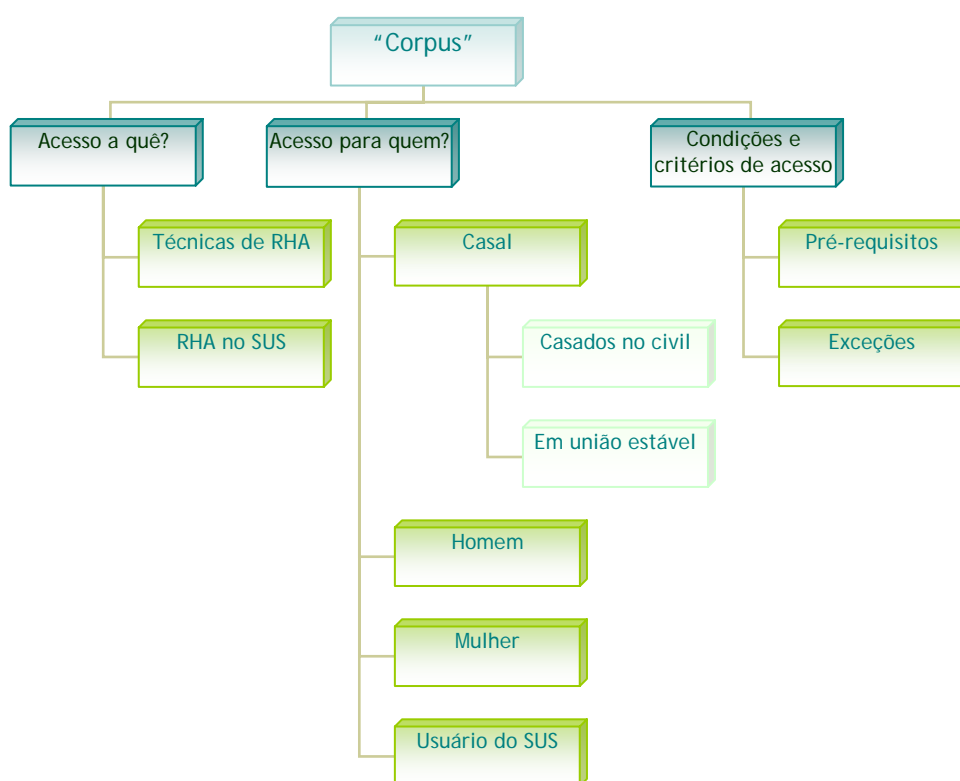


Figura 2. “Corpus”: Temas, Categorias e Subcategorias

A categorização destes elementos obedeceu às regras descritas por Bardin (1977, p. 120) como *exclusão mútua*, *homogeneidade*, *pertinência*, *objetividade* e *produtividade*.

A *exclusão mútua* objetiva a não existência de um elemento em mais de uma divisão, ele não pode ter dois ou mais aspectos para ser classificado em mais de uma categoria. A *homogeneidade* prevê que a organização dos elementos deve ser direcionada por um único princípio.

A *pertinência* refere-se à adequação da categoria ao material coletado e ao referencial teórico escolhido. A *objetividade* trata de codificar da mesma forma as diferentes partes de um mesmo material, contando para isso com a clareza de definição das variáveis

para inserir os dados em tais categorias. Por fim, a *produtividade* vai trabalhar com a produção fértil ou não que o conjunto de categorias estabelecidas fornece.

As categorias de análise foram se estabelecendo a partir dos grandes temas encontrados, que se compuseram conforme as seguintes descrições:

3.3.2.1 “ACESSO A QUÊ?”

A definição do primeiro tema foi possibilitada desde uma primeira leitura do material coletado. De imediato os documentos definem o que está sendo tratado em seu corpo de texto, o que permitiu a configuração do primeiro tema com certa facilidade. Esta facilidade, entretanto, não o torna um tema de categorização simples e/ou de pouca importância.

A leitura exaustiva dos documentos e a atenção às regras de categorização anteriormente expostas necessitaram ser realizadas com grande intensidade para evitar categorias sobrepostas, ou também o uso desnecessário de subcategorias.

Com este foco, foram denominadas “Técnicas e RHA” e “RHA no SUS” as categorias que melhor definem o tema “Acesso a quê?”. Na tabela 1, com os documentos em separado tendo algumas de suas características evidenciadas, podem ser percebidas algumas das formas utilizadas nos textos para descrever os dados que compõem este tema.

3.3.2.2 “ACESSO PARA QUEM?”

Após a identificação do que está sendo permitido ser acessado na documentação analisada, o tema a ganhar destaque foi denominado “Acesso para quem?”. Aqui foram de extrema relevância as regras definidas por Bardin (1977), pois as categorias foram sendo definidas tanto pela sua presença excessiva no texto dos documentos analisados (caso da categoria “mulher”) como pela sua ausência no mesmo (caso da categoria “homem”).

A ausência da categoria “Homem” nos textos já era sentida desde a primeira leitura dos 20 (vinte) documentos iniciais coletados. Em todos eles não havia referência a homens como passíveis de acessar os serviços e técnicas de RHA, excetuando-se o PL 2.061/03, que

destacou-se neste tema justamente por ser o único dos 7 documentos de composição do “corpus” de análise a referir-se à possibilidade de um homem ter acesso à RHA.

A categoria “Mulher” em uma primeira leitura menos criteriosa poderia se evidenciar como a única nos textos. Com uma leitura mais minuciosa pode-se, contudo, perceber que sua presença nos textos dá margem para a criação da categoria Casal e suas subcategorias, em função de no detalhamento dos documentos surgirem restrições às mulheres casadas ou em união estável. Somente o PL 4.665/01 e a PRT/MS 426/05 referem-se diretamente ao Casal enquanto categoria.

A categoria “Usuário do SUS” surge a princípio do destaque no texto do acesso a “pessoas” inférteis ou doentes. Estas poderiam a princípio compor uma categoria, mas a adequação às regras de categorização novamente nos remeteu a uma leitura mais criteriosa. O termo “pessoas” não define se são homens ou mulheres que podem acessar, ficando então subentendido que ambos possuem esse direito. Como não há no texto evidências que contradigam esta possibilidade, mas por outro lado há a clara definição que estas “pessoas” a que os textos se referem são os usuários do SUS, essa última denominação foi preferida para designar uma categoria.

3.3.2.3 “CONDIÇÕES E CRITÉRIOS DE ACESSO”

Apesar de já ter sido definido o que estava sendo acessado no texto dos documentos avaliados, na leitura do detalhamento das propostas ficam evidenciadas algumas situações onde o acesso se tornava restrito. Para poder acessar as categorias destacadas no tema “Acesso a quê?” alguns requisitos precisavam ser preenchidos, o que permitiu a criação de mais um grande tema de análise, denominado “Condições e critérios de acesso”. Nestas condições e critérios foram inseridos pré-requisitos e exceções.

Os pré-requisitos para se poder acessar o que o documento disponibiliza são considerados a partir de trechos dos textos onde são percebidas definições como: ser infértil, ter indicação médica para usar o serviço, já ter tentado todas as demais alternativas de auxílio à procriação, dentre outros.

As exceções são definidas a partir de trechos onde são destacados os casos onde não podem ser acessados os itens propostos nos documentos, exceto diante de algumas condições extraordinárias, tais como: não pode ser utilizada a RHA para ser feita seleção de sexo ou

demais características – exceto quando para evitar doenças genéticas ou hereditárias; não pode ser feita gestação de substituição – exceto quando da impossibilidade de gestação (comprovada medicamente) por parte da receptora da técnica.

3.3.2.4 NÚCLEOS DE SENTIDO

Após a delimitação das grandes áreas temáticas, sua categorização e subcategorização, foram revelados núcleos de sentido, os quais são compreendidos como temáticas para análise ao final do trabalho. Abaixo a figura 3 permite vislumbrar os 5 (cinco) núcleos levantados como propícios para a discussão aqui desejada.

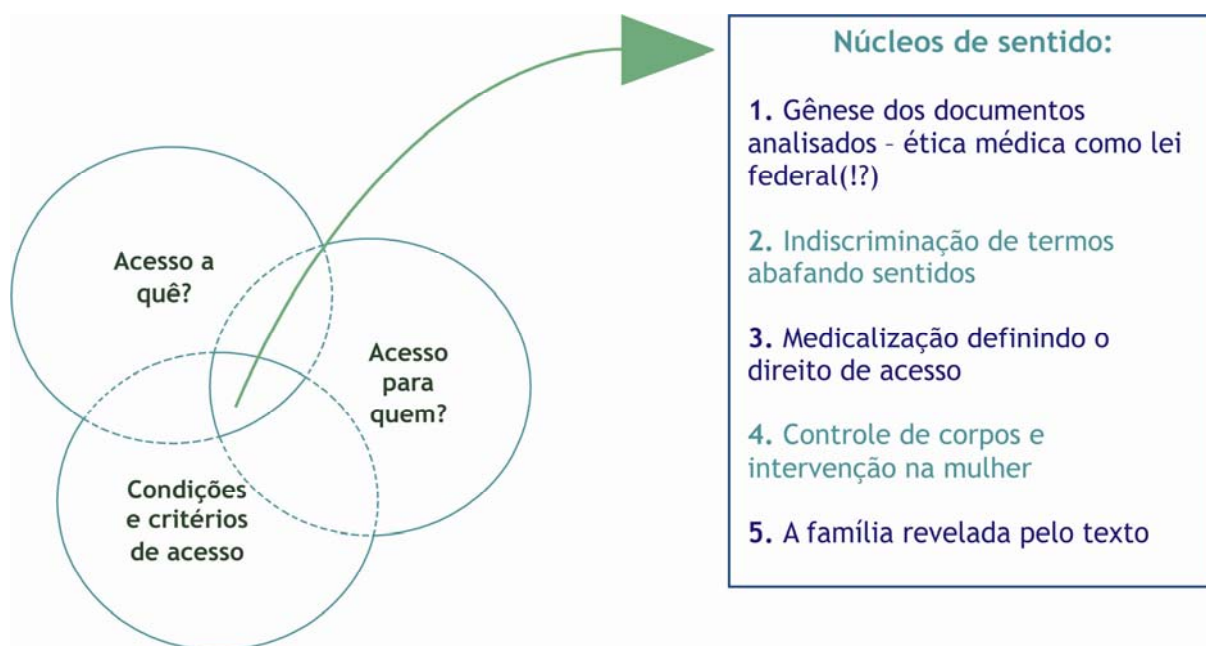


Figura 3: Núcleos de sentido

A tabela a seguir (Tabela 1) detalha o material analisado, com os documentos em separado, possibilitando a visualização dos temas, e os sentidos – que permitiram a emergência dos núcleos para análise, expostos acima - que puderam ser captados a partir dos trechos de textos que foram delineando-os, durante o processo de categorização dos documentos contidos no “corpus” de análise.

Tabela 1: Algumas unidades de sentido nos documentos que compõem o “corpus” de análise.

PL'S	ACESSO A QUÊ	ACESSO PARA QUEM	CONDIÇÕES DE ACESSO
PL 2.855/97	Técnicas de RHA: Inseminação Artificial, Fecundação "In Vitro", Transferência de pré-embriões, Transferência intratubária de gametas, e outros métodos.	- Mulher - Casal	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar na resolução de problemas de esterilidade ou infertilidade, facilitando a procriação. - Usada quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes. - Permitida quando houver possibilidade de êxito e não incorrer risco para saúde da mulher e da criança. - Não permite seleção de sexo ou outras características. - Se necessária, pode ser usada gestação de substituição (se doadora genética for impossibilitada por problema médico).
PL 4.665/01	Fertilização humana "in vitro"	- Casais	<ul style="list-style-type: none"> - Serem comprovadamente incapazes de gerar filhos naturalmente. - Somente em clínicas autorizadas pelo Ministério da Saúde.
PL 1.135/03	Técnicas de RHA: intervenção médica no processo de procriação c/ objetivo de resolução de problemas de infertilidade ou esterilidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Mulher - Casal* (cônjuges ou em união estável). * necessária aprovação do cônjuge ou companheiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar na resolução de problemas de infertilidade, facilitando a procriação. - Usada quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes. - Receptora da técnica é mulher. - Não permite seleção de sexo ou outras características, exceto para prevenir doenças genéticas ou hereditárias. - Se necessária, pode ser usada gestação de substituição (se doadora genética for impossibilitada por problema médico).
PL 1.184/03	Técnicas de RA para implantação artificial de gametas ou embriões humanos, fertilizados 'in vitro', no organismo de mulheres receptoras.	<ul style="list-style-type: none"> - Mulher - Casal (cônjuges ou em união estável). 	<ul style="list-style-type: none"> - Em casos de infertilidade, medicamente comprovada. - Receptora da técnica é mulher. - Não permite seleção de sexo ou outras características, exceto para prevenir doenças genéticas ou hereditárias. - Gestação de substituição é proibida.
PL 2.061/03	Técnicas de RHA em serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Homem - Mulher (doadores ou receptores) 	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar na resolução de problemas de infertilidade, facilitando a procriação. - Usada quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes. - Permitida quando houver possibilidade de êxito e não incorrer risco para saúde da mulher e da criança. - Não permite seleção de sexo ou outras características, exceto para prevenir doenças genéticas ou hereditárias.
PL 5.624/05	Programa de RA no SUS	- Usuário do SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Auxílio, assistência e orientação na RHA, garantindo a saúde reprodutiva através do desenvolvimento de projetos e ações, e da oferta de técnicas de RA a: <ul style="list-style-type: none"> • portadores de doenças genéticas e infecto-contagiosas • pessoas com problema de fertilidade - Atendimento com procedimentos da atenção básica à alta complexidade. - Atendimento médico e laboratorial, na rede pública. - Atendimento assistencial, psicológico e terapêutico.
Portaria 426/05	Programa de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no SUS	- Casal	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de infertilidade. - Controle de transmissão vertical e/ou horizontal de doenças.

3.4 Considerações éticas na pesquisa

Por ser uma pesquisa com material apenas documental e de acesso público, não houve risco ético quanto ao tratamento com seres humanos, tendo-se em vista que não foram realizadas entrevistas ou qualquer outra forma de contato direto ou indireto com os autores dos documentos analisados. Não há, por conseguinte, risco potencial, individual ou coletivo para nenhuma das partes.

O estudo compromete-se a estimular o debate público do tema abordado, sem incitar ataques pessoais aos formuladores dos documentos analisados, visando manter a discussão no âmbito da avaliação do conteúdo deste material.

Com a exposição pública dos dados avaliados através de publicação em periódico de circulação nacional, apresentação em congressos, seminários e demais eventos, sejam eles específicos ou não do campo da Saúde Pública, buscaremos expandir a discussão, promovendo um intercâmbio de informações com outras áreas do saber.

4

4. O OLHAR BIOÉTICO SOBRE A CONFIGURAÇÃO DO DIREITO DE ACESSO

4.1 Direito de Acesso

Na etapa de categorização dos dados, conforme descrito no capítulo de metodologia deste estudo, foram identificados os temas que surgiam a partir da leitura exaustiva e atenta do material coletado. Nesta busca pelos sentidos presentes nos textos, extraindo dali os significados possíveis para a caracterização do direito de acesso ao serviço de RHA, os grandes temas foram se evidenciando como estruturais para compor esta caracterização, e, neste sentido, não conseguimos compreender outra composição melhor para debater o tema de estudo do que a que o próprio texto faz surgir, que identificamos por: Acesso a quê?, Acesso para quem?, e Condições e critérios de acesso.

Detalharemos os sentidos vislumbrados nestes grandes temas, destacando suas categorias, de forma que possamos já levantar alguns questionamentos diante de cada área temática aqui detalhada. Seguiremos a discussão com a compreensão da complexidade do estudo, diante do entrelaçamento das áreas temáticas, que será em seguida vinculada aos referenciais teóricos para podermos embasar algumas considerações.

4.1.1 Tema 1: Acesso a quê?

A primeira grande área temática é evidenciada a partir das diferenças dentro dos textos, sobre o que está sendo discutido em seu corpo. O destaque é a princípio óbvio, pela caracterização de estar tratando de “Reprodução Humana Assistida”, ou a “Acesso às tecnologias de RHA no serviço público de saúde”. Pela definição a partir do que é óbvio e que salta do texto, o grande tema se divide então em duas partes: podem ser acessados tanto técnicas de RHA, como especificamente estar sendo tratado o acesso às técnicas e serviços de RHA no SUS.

A um primeiro olhar menos atento, a área temática em si não representaria grande ponto de discussão, entretanto, esmiuçando os documentos analisados, já se evidencia o primeiro problema presente nestes: uma aparente falta de conhecimento específico, técnico, por parte de quem estrutura a proposta. Ou seja, embora se evidencie desde a ementa de alguns PL's que o texto se debruçará, por exemplo, sobre a RHA (e assim ela sendo entendida como um todo de variadas técnicas possíveis), dentro de seu corpo de texto o referencial do escritor restringe esta RHA a alguma de suas técnicas, como a fertilização *in vitro*, por exemplo, como se esta técnica fosse sinônimo de RHA, esquecendo-se das variadas especificidades dentro do campo de RHA⁸.

Não parecendo, a princípio, também um grande equívoco para um olhar leigo, a discordância entre o termo dentro do próprio texto proposto para tornar-se lei, regulando então todo o trabalho em cima da RHA, poderia já de imediato causar danos futuros, pois aprovada uma lei onde em seu texto aparece RHA, mas é especificada apenas Fertilização *in vitro*, como no exemplo citado, como ficaria o direito de acesso às demais técnicas existentes dentro do campo de RHA? E ainda, já existindo uma portaria, vigente até a presente data, que dispõe sobre o Programa de RHA no SUS, como se comportariam as instâncias que lidam com todo o processo de acesso ao serviço de RHA - quais sejam elas o direito e a medicina, representados respectivamente por seus profissionais tanto na confecção de autorizações para acesso, como na prática diária do serviço de RHA - diante da aprovação de alguma lei que restrinja o direito de acesso a apenas uma das muitas possibilidades técnicas existentes e já disponibilizadas até o momento?

Se pensarmos ainda um pouco mais além do direito de acesso ao serviço de RHA no SUS, teremos que no serviço privado, cujas novidades em termos de possibilidades técnicas são evidenciadas a cada momento pela mídia, a legislação também incidiria, mas como poderia ser pensada uma regulação de algo que já possui tantas alternativas técnicas disponibilizadas, e vislumbradas pela ótica do poder de consumo? Embora não seja o foco de discussão deste trabalho, não podemos esquecer da existência deste setor de serviço de saúde, e sua forte influência e consolidação em nossa estrutura social. Estes são, assim, apenas alguns - dos muitos possíveis - questionamentos que espontaneamente surgem já no primeiro e mais aparente aspecto de todo o "corpus" analisado.

⁸ Referência ao exposto no texto do PL 1135/03 (Anexo D), cuja ementa difere do detalhamento presente no corpo do texto. As incoerências podem ser encontradas em outros PL's, como o PL 1184/03, por exemplo, que na ementa expressa "RHA", e no corpo do texto refere-se apenas a duas possibilidades dentro da RHA, quais sejam a Inseminação Artificial e a Fertilização *In Vitro*.

4.1.2 Tema 2: Acesso para quem?

O segundo grande tema inicialmente poderia ser considerado a única referência para análise, se pensássemos em trabalhar apenas com *quem* tem direito de acesso ao serviço de RHA. Entretanto, a opção tomada para estudo foi a de ampliar o foco para a compreensão da configuração do direito de acesso, sem restringi-la a quem teria esse direito, de forma que essa configuração espontaneamente indicasse os pontos principais de discussão. Assim, novamente a leitura exaustiva se fez vital para a compreensão dos sentidos que o texto naturalmente ressaltaria. Também neste tema não houve diferença do ocorrido no tema anterior: o que parecia evidente e simples a um primeiro olhar, se mostrou revelador de possibilidades árduas de discussão, conforme tentaremos abordar neste momento.

O primeiro item que se faz presente nos textos analisados é, sem possibilidade de dúvida, a destinação do acesso para a *mulher*. Em quase todos os projetos analisados o texto refere-se de imediato à ela como quem teria o direito de acessar o que o texto dispõe. Contudo, embora possa parecer um tipo de avanço, por não especificar que mulher é essa que teria acesso ao disposto no texto, a continuação das leituras desfaz esta primeira impressão. A mulher ali descrita, pode sim ser a mulher solteira, não discriminada por sua condição de solteira como impossibilitada de ser mãe, mas não é a mulher por si só, que os textos se referem. A mulher solteira pode acessar, e sendo casada ou em união estável, torna-se necessária a autorização do cônjuge ou companheiro, para que ela tenha acesso ao que for que o texto disponibilize⁹.

Dessa forma, o acesso não fica assim tão disponível para a mulher como pareceria de imediato. Estaria ela já de início dependente da autorização de mais um agente externo, além do legislador, e também do médico responsável pela aplicação das técnicas. Nesse sentido, surge a partir da categoria *mulher*, a categoria *casal*, já subdividida em: casais em união estável, ou casais em união civil. Embora pudesse ser compreendida como uma subcategoria da primeira, a categoria *casal* pode ser uma categoria por si só, visto que suas subdivisões diferenciam de imediato o acesso da mulher, não sendo mais esse acesso à mulher em si, como no caso da mulher solteira, mas para uma mulher a partir de pré-condições dentro de uma relação marital.

⁹ Como exemplo, o texto do PL 1135/03 (Anexo D), no Cap. II, Art 9º: “Toda mulher, capaz nos termos da lei (...) pode ser receptora das técnicas de reprodução assistida(...)”, e na seqüência, coloca em Parágrafo Único: “Estando casada ou em união estável, será necessária a aprovação do cônjuge ou do companheiro (...)”. O mesmo dado se repete em outros PL’s além deste.

À esta categoria soma-se também o disposto na PRT/MS vigente (Anexo A), de acesso ao programa de RHA no SUS, onde a expressão casal é literalmente exposta, compondo assim a categoria isolada. Contudo, em ambos os casos que a compõem, destaca-se que o objeto de intervenção das técnicas é ainda a mulher, mesmo em condição de casal. Não se fala abertamente em intervenções no homem desse casal, o que já é um primeiro ponto a ser discutido, além de se falar em casal enquanto associação HOMEM-MULHER, não sendo pensada outra forma de composição de casal.

De todos os documentos analisados, apenas um deles, o PL 2031/03 (Anexo F), fala em acesso ao *homem* (Art 8º: “São beneficiários desta lei todo homem e mulher (...”), e a existência de apenas uma indicação se faz por si só reveladora de sentido, configurando uma categoria própria, com suas problemáticas peculiares. Os textos são divergentes em se tratando de gestação de substituição, e nesse sentido, seria de grande importância uma discussão mais aprofundada e minuciosa desta questão, pois sua negação não contribui para pensar o acesso de forma universal, ainda em uma primeira avaliação. A gestação de substituição seria a forma possível de um homem – a princípio o solteiro – ter acesso ao filho, este compreendido como o produto do serviço de RHA. Não há referências de acesso ao homem em caso dele compor um casal, neste caso a referência é a mulher como objeto de intervenção, como já anteriormente exposto. Entretanto, ressalte-se novamente que embora não seja objeto de intervenção, o homem é aqui objeto de interdição do acesso dessa mulher, caso não esteja em concordância com a mesma.

Uma quarta e última categoria surge a partir de propostas de regulação específica para o serviço no SUS, onde quem tem direito de acesso passa a ser descrito como “pessoa”, sem definição de gênero para discriminá-la. Dessa forma, fica implícita a possibilidade de ambos os sexos terem acesso ao serviço, em quaisquer que sejam seus estados civis, o que representaria uma perspectiva bastante abrangente sobre quem tem direito de acesso ao serviço. A limitação, aqui, se faz a partir da postulação de “pessoa” enquanto aquela usuária do SUS, conforme expresso no PL 5634/05 (Anexo G), deixando de fora os que buscam o serviço no âmbito privado. Aprovada esta proposta de legislação, novamente vem à tona o questionamento, de como fica o procedimento de regulação e fiscalização dos mesmos serviços no setor privado?

As categorias vislumbradas nesta área temática não necessariamente são obtidas a partir de um mesmo texto, o que nos permite pensar também que diante da aprovação como lei, de algum dos materiais analisados, umas categorias estariam sendo legitimadas, em detrimento de outras. Se pegarmos apenas a primeira categoria como exemplo, teríamos já de

início bastante material para discussão, tendo-se em vista que aprovada uma legislação que destina à mulher o acesso, mas em seguida o restringe ao poder de decisão de um cônjuge, ainda que seja o corpo dela o objeto de intervenção, seria de fato este acesso igualitário? E ainda, que tipo de família estaria sendo legitimada a partir desta aprovação? Englobaria os modelos de família que compõem nossa sociedade contemporânea? Retornaria ao modelo nuclear de família? O que poderia ser inferido diante destes sentidos que saltam dos textos nesse tema? Estas poderiam ser as perguntas iniciais que o disposto nesta área temática nos permite vislumbrar.

4.1.3 Tema 3: Condições e critérios de acesso

A terceira e última grande área temática que surge a partir da leitura do “corpus” de análise, define condições e critérios de inclusão e, por conseguinte, exclusão para se acessar o que os textos propõem. Nesta temática, foram visualizadas duas grandes categorias, que englobam os dispostos nos textos: Pré-requisitos, e Condições de exceção.

Os pré-requisitos para se ter acesso ao disposto nos textos são denotados em disposições onde se destacam: a) a necessidade de comprovação de esterilidade/infertilidade para ter direito ao acesso; b) o uso ineficaz de outras formas de terapêuticas para facilitar a procriação, para somente após estes insucessos poder ser entendido como tendo o direito de acessar o que o documento estiver propondo; e c) o direito de acesso se dá diante da possibilidade de êxito na aplicação das técnicas, o que inclui a ausência de risco para a mulher e a criança¹⁰.

Nesta primeira categoria, algumas questões podem já ser vislumbradas. A primeira e mais latente, é a de que somente possuindo uma incapacidade natural se pode acessar sejam as técnicas de RHA, sejam estas no SUS mais especificamente. Esta disposição já coloca nas mãos do saber médico a definição de quem pode ou não ter esse direito de acesso, ficando de fora as pessoas que não possuem infertilidade/esterilidade medicamente comprovada. Não somente impossibilitando o uso da livre escolha dos sujeitos para decidirem as formas de conceber seus filhos dentro das possibilidades existentes e proporcionadas também pelo

¹⁰ Trechos dos textos que corroboram estas situações caracterizadas como pré-requisitos para se ter acesso podem ser encontrados em diferentes documentos dentre os analisados. Como exemplo, podemos pontuar no Item “a”: PRT/MS 426/05 (Anexo A), PL 2855/97 (Anexo B), PL 4665/01 (Anexo C), PL 1135/03 (Anexo D), PL 1184/03 (Anexo E); no Item “b”: PL 2855/97 (Anexo B), PL 1135/03 (Anexo D), PL 1184/03 (Anexo E), PL 2061/03 (Anexo F); e no Item “c”: PL 2855/97 (Anexo B), PL 2061/03 (Anexo F).

Estado, esta definição também não permite pensar o direito de acesso a homossexuais, por exemplo, entendendo que não necessariamente por ser homossexual a pessoa em questão apresentará também incapacidade orgânica de procriar.

No caso da homossexualidade feminina, historicamente constatada como invisível em diversas situações, há a possibilidade de ter o direito de acesso, desde que seja infértil/estéril, e passando-se por mulher solteira, caso possua uma companheira. O caso masculino já não seria tão rápido de se resolver, tendo-se em vista que sendo ou não infértil, a gestação de substituição necessitaria ser incluída para ele ter direito de fato ao acesso. Em ambos os casos, somente a partir da infertilidade/esterilidade haveria alguma chance de se pensar em ter direito de acessar o serviço de RHA.

A esterilidade/infertilidade só não é compreendida como requisito inicial para se ter o direito de acesso, quando outra característica se sobrepõe à ela, qual seja esta a de portador de doenças genéticas e/ou infecto-contagiosas. Ainda assim, permanece no campo do saber médico a definição de quem se insere ou não neste quadro.

O direito de acesso também teria como pré-requisito o uso já comprovado de outras técnicas com insucesso. Novamente coloca-se na mão do detentor do saber médico a definição de quem tem ou não direito de acessar a RHA. Não somente reitera-se aqui o disposto anteriormente sobre o papel decisivo do médico no processo, como também desconsidera-se o desgaste físico e psicológico dos detentores do direito de acesso a qualquer que seja a proposição do texto. Torna-se o direito de acesso não somente restrito pela infertilidade/esterilidade biologicamente existente e medicamente atestada, mas também pela insistência em técnicas outras de insucesso comprovado, para somente na seqüência acessar a técnica “efetiva” em si. Dificulta-se assim o caminho para este acesso, mantendo na mão do médico a definição de quem tem o direito à ele.

Para complementar a supremacia do saber médico na definição deste detentor de direitos no acesso à RHA, cabe também à ele definir se e em que situações há garantia real de sucesso quando da aplicação da técnica de RHA a ser usada, e assim não causar risco para a mulher e a criança fruto da técnica. Assim, questionamos o que se considera como êxito nestas propostas, e se de fato há como prevê-lo. Se o êxito se referir à efetiva gestação resultante do uso das técnicas, há como se garantir ausência de risco para mãe e criança, considerando-se os riscos inerentes à qualquer gestação?

Mais uma vez, também, não se menciona o homem como passível de deter este direito de acesso, tendo-se nestas disposições o corpo da mulher podendo ser claramente

percebido como o objeto de intervenção¹¹. Entretanto, ele não é excluído do processo, enquanto for necessário o espermatozóide para a fecundação ocorrer. Neste sentido, está ele assim de fato excluído das possibilidades de correr risco no processo de aplicação das técnicas de RHA, ainda que a intervenção maior seja realizada no corpo da mulher? Como pré-requisitos também se encaixam as limitações a ter o direito de acesso somente em clínicas autorizadas pelo MS - Ministério da Saúde, ou na rede do SUS (vide a PRT/MS 426/05 – Anexo A - e o PL5624/05 – Anexo G), o que configuram aqui a regulação do Estado também ao local onde se terá direito de acesso.

As chamadas condições de exceção configuram a segunda categoria dentro desta temática, e seu sentido é expresso a partir de disposições que primeiro impedem o direito de acesso, somente autorizando-o quando alguma situação considerada mais importante se fizer presente. Nesta categoria são incluídas as situações onde não é permitida a seleção de sexo ou outras características do futuro embrião, exceto diante da possibilidade de com estas seleções serem então evitadas doenças genéticas ou hereditárias; e também o uso da gestação de substituição, quando a receptora da técnica for impossibilitada por algum problema médico.

Nestas condições de exceção, os documentos analisados são divergentes, e embora configurem este bloco, não podemos dizer que expressam estas questões sob a mesma perspectiva. Alguns documentos expressamente proíbem seleção de sexo ou demais características, ignorando com isso os casos onde as doenças genéticas ou hereditárias tornam inviável a procriação tida como “natural”. Dessa forma, sendo aprovado algum deste documento como lei, como ficam as pessoas que necessitam do uso das técnicas para gerar um filho sem que ele corra o risco de ser acometido da mesma doença? Que dispositivos terão em se tratando de desejarem um filho biológico? Serão estas pessoas destinadas a não ter o direito de acesso à RHA, tendo somente na adoção a alternativa para terem filhos? Como se comportará o programa de RHA já em vigência no momento, que incorpora esse controle de doenças nas suas condições de acesso?

Compreendemos que neste ponto de discussão há um cuidado por parte dos documentos em não proporcionar um espaço para legitimação de práticas eugênicas, conforme é expresso abertamente no PL2855/97 (Anexo B), por exemplo, quando postula como infração o uso da “técnica de RHA com fins eugênicos”. Entretanto, ao estabelecerem condições de exceção a possibilidades de uso em casos de doenças genéticas ou hereditárias,

¹¹ Como exemplo, podemos citar o PL 1184/03 (Anexo E), que dispõe no Cap I, Art 1º “Esta Lei regulamente o uso das técnicas de Reprodução Assistida (RA) (...), no organismo de mulheres receptoras”.

sem a especificação de que doenças estão sendo consideradas, não permaneceria em aberto a possibilidade de prática eugênica?

Os demais documentos que vinculam a seleção de características e sexo ao controle de doenças, nos permitem refletir também sobre outras questões além das acima citadas. Indo mais além, como regular esta seleção de características a partir de doenças prévias no setor privado também, que alardeia na mídia impressa e televisiva casais “felizes” que usaram dos recursos da RHA para realizarem o desejo por um filho de determinado sexo em detrimento de outro? E a partir deste disposto, como também não permitir esta seleção no setor público, em função do desejo por um filho de determinado sexo, se houver permissão, ou pouca – ou nenhuma – regulação desta prática no setor privado? O que está em avaliação nestas questões de seleção de sexo e características, quando se interpõem os setores público e privado de saúde: os riscos para a saúde do futuro bebê?; o desejo dos pais por um filho de um sexo e não de outro?; a RHA como um bem de consumo, onde “regalias” no direito de acesso às técnicas mais sofisticadas seriam restritas aos que pudessem por elas pagar?; todas, nenhuma, ou alguma outra além das alternativas levantadas? Enfim, apenas algumas das possíveis reflexões iniciadas por uma das partes que compõem esta categoria.

A outra composição desta categoria é a gestação de substituição, ora proibida, ora permitida. Quando proibida, como já mencionamos anteriormente, exclui automaticamente a possibilidade de um homem ter o direito de acesso sozinho e direto às técnicas de RH, ficando ele restrito a um vínculo conjugal para poder ser caracterizado como detentor do direito de acessar a RHA. Exclui também a possibilidade de uma receptora da técnica, que por algum motivo não seja capaz de levar adiante ou mesmo iniciar a gestação, tenha direito de acessar o mesmo serviço. Por outro lado, quando permitida, restringe o acesso à essas mulheres com comprovação médica de impossibilidade de gerar o próprio filho no ventre, não vislumbrando outra condição para o uso da gestação de substituição. Aqui, a sujeição ao saber médico permanece e se reforça, assim como a visão de somente ter a mulher como objeto de intervenção das técnicas de RHA.

A portaria em vigência acerca da Política de Atenção Integral à RHA no SUS é omissa na questão da gestação de substituição, abordando apenas a possibilidade de controle de doenças por transmissão vertical ou horizontal. Nesse sentido, poderíamos entender que o acesso à esta alternativa de gestação é algo em aberto no momento, podendo ser permitido ou proibido de acordo com os interesses dos envolvidos? E, ainda, que este pode a qualquer momento ser proibido ou permitido de fato, com a aprovação como lei de algum dos PL's acima comentados? Além disso, há alguma regulação do tema no setor privado? Havendo ou

não, diante da aprovação de uma lei específica, que incidirá nos dois setores de saúde, público e privado, existe alguma forma de equiparação dos direitos de acesso nos dois setores, ou novamente fica-se diante do questionamento proposto no caso da seleção de sexo, do direito de acesso vinculado ao poder de consumo?

4.2 Complexidade da discussão – a imbricação de temas

Não bastassem as inúmeras questões que vão sendo levantadas diante da análise dos temas surgidos do “corpus” definido, as relações entre as categorias que compõem esses temas dificultam ainda mais a discussão dos mesmos. As áreas temáticas, embora tecnicamente separadas para categorização e posterior análise, não são áreas estanques, isoladas ou estáticas. São, na verdade, temáticas interrelacionadas, com detalhes que as diferenciam ou assemelham, e de complexa separação para análise em alguns momentos. Didaticamente pode-se separar as categorias para levantar as questões de forma mais clara para o leitor, mas ainda assim, não podemos deixar de ressaltar que estas mesmas categorias e subcategorias estão o tempo inteiro em relação umas com as outras. Os sentidos vislumbrados a partir destas também, e por vezes dentro da mesma categoria estes sentidos já possuem alguma interrelação que torna sua análise por vezes árdua.

Entretanto, não é proposta deste trabalho esgotar as possibilidades de questionamento, ou de análise e discussão destes, muito pelo contrário, o intuito é de levantar questões, discutindo-as na medida do possível dentro dos referenciais teóricos escolhidos, e deixar ao leitor a possibilidade de concordância ou não com as discussões levantadas, assim como de levantar outras ainda, que permitam aprofundar ainda mais o que for aqui proposto, assim com a própria discussão maior em torno da RHA.

O interesse maior é contribuir para uma discussão bioética de como se comporta essa configuração do direito de acesso ao serviço de RHA, em especial no SUS. Aqui vale mais um aparte, pois embora estejamos dando maior atenção ao serviço de RHA no SUS, de forma a perceber como se concebe este direito dentro da política pública, não podemos deixar de olhar para o que já existe no setor privado, em face também dele ser o grande responsável pela disseminação das informações sobre RHA na mídia, e dessa forma levando esta possibilidade de reprodução ao conhecimento da população em geral. Mesmo não sendo

objeto de análise, a RHA no setor privado de saúde não nos escapa na discussão, servindo por vezes de ponto para ancoragem de alguns questionamentos importantes, diante do fato de estarmos analisando primordialmente projetos de lei, que sendo aprovados regulamentarão o serviço nos dois setores de saúde.

A partir destas proposições, passaremos agora a um novo momento neste trabalho, onde olharemos as mesmas questões e sentidos levantados do “corpus” composto para análise, buscando enfatizar as discussões com um olhar da bioética, em especial da bioética cotidiana. Nesta seção, serão discutidos os sentidos anteriormente levantados a partir dos textos dos documentos analisados, de forma a articulá-los com referenciais de análise dentro da Bioética, em especial a Bioética Cotidiana.

Para tanto, foram isolados grandes núcleos de sentido a partir do detalhamento realizado na seção anterior que vão, ao longo da leitura e revisão das temáticas já abordadas, se evidenciando como constitutivos desse direito de acesso ao serviço de RHA, neste trabalho tomado como objeto para uma discussão minimamente mais aprofundada de sua caracterização. Aqui não estão separados os blocos de discussão a partir das áreas temáticas, como na seção anterior, mas sim por grandes núcleos de sentido que englobam em seu conjunto pontos que perpassam as três áreas temáticas exploradas, conforme explicitamos ao ressaltar a complexidade da discussão a partir do entrelaçamento entre estas áreas.

4.2.1 Gênese dos documentos analisados – ética médica como lei federal(!?)

Dos documentos componentes de nosso “corpus” de análise, apenas um não é um Projeto de Lei, a PRT/MS 426/05. Os demais são PL’s oriundos de um mesmo documento base: a Resolução 1.358/92 do Conselho Federal de Medicina. Esta resolução tem por finalidade estabelecer determinantes éticos para guiar as ações do médico dentro do contexto das tecnologias de RHA. Enquanto normativa da classe médica, não há qualquer constrangimento quanto ao seu texto ou sua efetivação, entretanto, o texto que a constitui é copiado para ser transformado em Projeto de Lei, o 3.638/93, primeira proposta legislativa sobre o tema RHA. Salvo mínimas alterações no texto da Resolução do CFM, este PL inicial é uma cópia do mesmo, e embora não componha o corpus de análise por não mais estar sendo

objeto de avaliação para transformar-se em uma lei federal, seu texto serve de base para os PL's que o sucedem, alguns também usando o corpo de texto quase na íntegra, alterando um ou outro aspecto de sua constituição. Embora outros PL's não possam ser também considerados cópias deste, o tem como base para sugerirem alterações.

Neste sentido, entramos no primeiro ponto a ser discutido nesta seção: o documento do CFM é um normativo da categoria médica, e como tal cabe somente à esta categoria avaliá-lo e estabelecer sua pertinência ou não dentro do contexto de suas práticas. Contudo, sua utilização como texto base para um PL, que por intuito inerente à sua constituição pretende ser feito Lei, estaria adequada ao que já vimos até o momento sobre respeito aos direitos de liberdade dos indivíduos, no que concerne ao fato de estar sendo desejada a transformação de moralidades de uma categoria profissional em Lei Federal (GUILHEM e PRADO, 2001, p. 116), que passariam a incidir sobre toda uma população, independente de pertencerem ou não à esta mesma categoria? Seria a categoria médica, então, a única instância social a ter capacidade e, com esta, poder de definir os critérios para acessar o serviço de RHA, ainda aqui independente de ser no SUS ou no setor privado?

Considerando estes questionamentos, podemos nos remeter à própria constituição da medicina e dos médicos enquanto categoria¹², arraigada por um paternalismo que tem no princípio bioético da Beneficência sua coluna de sustentação. Ordenados pelo juramento hipocrático, crêem ser capazes de fazer o bem ao outro, a partir de sua própria avaliação profissional do que seja este bem, a despeito do que este outro que irá receber o bem formula a respeito de tal ato.

Portanto, há na medicina hipocrática uma beneficência verticalmente paternalista que não permite ao paciente – objetivo maior do ato médico – sequer manifestar o seu interesse em recebê-la, pois parece estar implícito no julgamento do profissional de medicina que, tratando-se de uma ação benfeitora, não haveria porque recusá-la – o que torna a beneficência médica, muitas vezes, um paternalismo impositivo e cerceador da autonomia do paciente (DRUMOND, 2004, p. 159-160).

Revisitando os princípios postulados por Beauchamp e Childress observa-se que a beneficência refere-se a uma “ação realizada em benefício de outros” (2002, p. 282), e seu

¹² Trazendo para debate sobre a assistência médica as estratégias da “compaixão” e do “utilitarismo” Caponi (2000) – em um trabalho mais aprofundado e diferenciado da proposta deste estudo – nos leva a refletir sobre a gênese dessas práticas assistenciais e seus limites éticos e políticos. A partir de uma análise histórica a autora nos permite vislumbrar não somente as práticas assistenciais dos séculos XVIII e XIX, mas também: sua repercussão nas práticas atuais; a possível fundamentação para compreender o arraigamento destas em nossa sociedade e, ainda, possibilidades de modificação das estruturas existentes.

princípio refere-se à “obrigação moral de agir em benefício de outros” (*Ibid*). No âmbito da prática médica, a beneficência é tomada como reguladora desta prática, e aqui é entendida como sendo uma beneficência específica desta categoria, o que significa que o médico tem então a “obrigação” de ajudar o outro, este é assim o objetivo, o fundamento e a justificação para suas práticas. Nesta linha de pensamento, então, a beneficência passa a servir de sustentação para que a assistência em saúde em geral, e a classe médica em particular, se apoiem em seus próprios julgamentos para definir as necessidades e os tratamentos de seus pacientes.

As mudanças nos contextos sociais mundiais vão alterando a configuração também do que se compreende como prática médica (DRUMOND, 2004, p. 160), pois passam a inserir em suas discussões o direito de liberdade de escolha dos indivíduos, chocando então a visão paternalista com a visão de direito de autonomia. Concordamos com Beauchamp e Childress quando eles refletem sobre não ser este um debate que deva ser simplificado à contraposição Beneficência X Respeito à Autonomia, devendo, por outro lado, ser pensado sob um prisma conciliatório dos dois princípios, considerando que o primeiro “fornece a meta e o fundamento primordiais da medicina e da assistência à saúde, enquanto o respeito à autonomia [...] estabelece os limites morais das ações dos profissionais ao buscar essa meta” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 297).

Agregando à esta discussão, o cumprimento dos acordos estabelecidos pelos Estados para respeito aos direitos fundamentais dos indivíduos (HOGEMANN, 2002), estaria assim também o Estado brasileiro respeitando estas Declarações de Direitos Humanos ao colocar um limite ao ato médico de interferir na vida privada através de uma Lei Federal. Dessa forma, um propósito de transformação de normativas éticas da classe médica em lei se contrapõe não somente ao próprio princípio bioético de beneficência, mas também à noção de autonomia associada à este princípio, que se entende aqui como liberdade de escolha, no olhar da Bioética Cotidiana, e que atende ao respeito à dignidade inerente à condição humana, postulado pelos Direitos Humanos Universais já proclamados desde 1948.

Em outro sentido, também torna a categoria médica pesando sobre os indivíduos com a mesma força que a Igreja sempre se mostrou presente na formulação do nosso Estado, ainda que este se pretenda laico. A Igreja não se afasta desta discussão, tendo dentro dos membros do poder legislativo seus representantes, presentes nos debates sobre os termos contidos nos PL's específicos sobre RHA, assim como nas comissões por onde o mesmo passa durante o processo legislativo. Aqui, misturam-se os espaços de visões religiosas, médicas e de formulação de regulação para toda a população. Discutir a prevalência de um

olhar sobre o outro é algo difícil, complexo, pois como coloca Berlinguer (2004, p. 127) embora cada um tenha “valores e interesses diferentes”, estes não se anulam, “pois podem todos apresentar suas justificativas”, e todas legítimas. Entretanto, tratando-se de olhar sob a ótica da regulação de um Estado sobre seus cidadãos, o que deve prevalecer nesta discussão ao se compreender a formulação de uma legislação: os princípios de universalidade e respeito aos direitos fundamentais dos cidadãos, acordado pelo Estado ao se comprometer com o cumprimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ou a incidência de perspectivas religiosas ou corporativistas sobre a formulação de políticas e normativas para estes mesmos cidadãos, não importando se fazem eles parte ou não destas instâncias?

Pela ótica da própria constituição do Estado Democrático de Direito, a primeira proposição seria a que deveria nortear a formulação de proposições legislativas. Neste Estado, seu poder é limitado “pelo Direito; mas não só: o poder da vontade do particular, em suas relações com outros particulares, também o está” (MORAES, M., 1999, p. 104), o que reforça o compromisso acima descrito, e como ainda prossegue a autora, “limita-o não apenas a eventual norma imperativa, contida nas leis ordinárias, mas, sobretudo, os princípios constitucionais de solidariedade social e dignidade humana que se espraiam por todo o ordenamento civil, infraconstitucional”.

Entretanto, simplesmente ao buscarmos a gênese dos documentos aqui analisados, já nos deparamos com a incongruência de sua composição a partir de uma normativa da ética médica. Aprovando-se um PL baseado neste corpo de texto, estaríamos transformando a ética médica em Lei Federal, esta devendo então ser reguladora de toda uma sociedade. Baseada num princípio paternalista, “sempre envolve alguma forma de interferência ou recusa em aceitar as preferências de uma outra pessoa acerca do seu próprio bem. Os atos paternalistas geralmente envolvem força ou coerção, por um lado, ou mentiras e manipulação ou ocultação de informações, por outro” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 298). Nesta abordagem, não há atenção à livre escolha do indivíduo, então, o que estamos discutindo, senão um mesmo retrocesso nos dispositivos éticos e também legislativos?

Sendo o direito de ter filhos reconhecido como um direito fundamental, se este envolver outras pessoas além dos pais e seus futuros filhos,

como os profissionais da medicina como intermediadores, há necessidade de que a sociedade esteja envolvida e que reflita sobre as condições em que poderá autorizar o recurso à reprodução artificial, definindo quais as responsabilidades dos envolvidos nestas práticas (BRAUNER, 2003).

4.2.2 Indiscriminação de termos abafando sentidos

Nestes textos temos outro ponto a avaliar, a partir da questão da cópia direta do texto do CFM: os PL's subsequentes ao de 93 apresentam algumas variações em seus corpos de texto, mas antes mesmo de discutirmos o peso do saber médico sendo mantido e reiterado também nestes PL's, chama-nos atenção um dado que poderia passar despercebido, não fosse a leitura minuciosa de todo o "corpus". Este dado é a aparente falta de clareza técnica por parte do legislador sobre o que está propondo.

Embora esta inferência possa causar a princípio algum estranhamento, ela se faz notar a partir da leitura dos PL's em seqüência. Os termos são por vezes copiados e reproduzidos ao longo das proposições, e embora alguns dos propositores façam parte da classe médica, demonstram não ter sempre coerência sobre o que estão propondo, ao introduzir um dado já na ementa do projeto, e na seqüência do texto referirem-se a outra coisa como, por exemplo apenas a uma das muitas técnicas existentes de RHA (como ocorre, por exemplo, no PL 4665/01 – Anexo C). O texto que pretende tornar-se Lei, deveria ser constituído com a clareza do que se está propondo regular, e no caso de tratar de RHA, e em seguida reduzir seu acesso a uma determinada técnica, não faz com que o PL atinja seu objetivo, o de regular a área de RHA, assim como abre espaço para discussões sobre as áreas não inseridas na regulamentação. Não somente incoerência dentro do mesmo texto, fazem-se presentes também PL's que tratam de apenas uma técnica em específico. Havendo a necessidade de criar uma legislação específica que abarque toda a área que a RHA engloba, a aprovação, ou antes, a mesma confecção de uma proposta sobre apenas um de seus muitos aspectos, revela-se esforço limitador do campo de debate, para não dizer desnecessário.

Convém ressaltar que, como já anteriormente disposto por Diniz e Costa (2001, p. 186) a não existência de regulamentação das práticas a respeito da RHA permite que arbitrariedades pautadas em valores morais interfiram no processo de determinação do direito de acesso à estas técnicas, o que demanda que pessoas capacitadas a discutir o assunto se insiram na confecção de proposições legislativas. Pensada neste âmbito, convém então explorarmos nesta questão que também não se mostra profícua a confecção de um PL por parte de quem não compreende (ou não tem atenção devida a todos os detalhes envolvidos) o material que está propondo regulamentar. Quanto a isto, não há aqui a crença de ser necessária a supremacia do saber médico para formular este tipo de proposta, muito pelo

contrário, cremos que esta é sim de grande valor para a confecção de um texto coerente com as reais dimensões técnicas dentro do que se propõe regulamentar, mas não é a única possibilidade de reflexão, podendo então ser congregados diferentes saberes neste mesmo documento.

As diferentes áreas do saber já apresentam inúmeros trabalhos a respeito das Tecnologias Reprodutivas, sejam estas as conceptivas ou contraceptivas, cada trabalho com seu foco específico, mas todos visando ampliar e contribuir para os debates a respeito desta regulamentação que se faz necessária. Entretanto, as discordâncias presentes dentro dos textos apresentados aqui como objeto de análise, ou na comparação de um com outro, nos faz questionar se todo estes trabalhos já produzidos até hoje vêm de alguma forma sendo considerados para o aprofundamento dos debates e posterior confecção dos PL's. Em uma avaliação inicial, parece-nos que as produções não encontraram ainda eco dentro dos representantes da sociedade no poder legislativo, o que infelizmente caracteriza uma "lacuna ética significativa, já que, no processo de elaboração, a prioridade esteve direcionada a consultores da área técnica, em detrimento de outros grupos envolvidos" (GUILHEM e PRADO, 2001, p. 118).

Mais especificamente sobre as discussões bioéticas dentro deste campo, estas embora existentes, tem suas ponderações quase ausentes nas discussões legislativas, demonstrando que

questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens, que se transformam em projetos de lei (como é o caso do aborto e do planejamento familiar, por exemplo), não têm merecido uma discussão ampliada no que se refere às diferentes moralidades que permeiam a sociedade brasileira e, ainda, sobre as redes relacionais e hierárquicas que contribuem para a manutenção de iniquidades neste campo. Em um contexto democrático, o espaço legislativo deveria transformar-se no *locus* privilegiado para a construção coletiva e o exercício de pressupostos fundamentais ao discurso argumentativo da Bioética, entre os quais o respeito às diferenças e a prática da tolerância (*Ibid*, p. 120)

Outro ponto importante usado de forma indiscriminada reporta-nos ao termo infertilidade. A presunção de direito de acesso é dada a quem de início é considerado infértil, sendo este termo considerado estritamente um conceito biomédico. Assentam-se as propostas de legislação, e também a PRT/MS 426/05 (Anexo A) que já instala a Política de Atenção Integral à RHA no SUS, à noção de infertilidade medicamente comprovada, ou seja, a

dificuldade, ou impossibilidade de procriar. Não há, contudo expansão deste termo além do sentido médico. Usado em seu sentido estreito, fica na mão do médico¹³ novamente o poder de definição de quem tem direito a acessar o serviço, e traz-nos um ponto de discussão interessante, ao pensarmos que aqui (exceto na PRT/MS), mulheres solteiras podem ter acesso ao serviço, desde que comprovadamente inférteis. Este conceito engloba também o de esterilidade, enquanto uma forma de infertilidade orgânica ou medicamente produzida. Ainda que por uma causa estrita de infertilidade, o acesso permitido à mulher solteira parece um pequeno esforço em reconhecer um tipo de entidade familiar bastante presente na nossa sociedade contemporânea, as monoparentais, contudo, o primeiro olhar pode ser descoberto como não tão ampliador assim, pois não há incorporação do homem solteiro como detentor desse mesmo direito (DINIZ, 2003, p. 14). Sua consideração como detentor do direito de acesso envolveria a discussão da possibilidade de gestação de substituição.

Ainda sobre os sentidos da infertilidade presentes nos documentos analisados, se expandirmos nossa visão sobre sua definição, entendendo-a simplesmente como uma ausência de filhos por motivos indesejados, poderemos incorporar à noção de elegível para ter o direito de acesso às técnicas, toda pessoa que não tenha filhos e não necessariamente possua problemas clínicos de infertilidade, ou seja, mulheres solteiras não-inférteis, homossexuais, casais sem diagnóstico de infertilidade, mas que não conseguem ter seus filhos, dentre outras possibilidades (*Ibid*, p. 13).

Embora durante todo este trabalho tenhamos por questão prática definido o uso dos termos esterilidade e infertilidade no mesmo sentido, não podemos deixar de ressaltar que estes encerram questões muito mais amplas do que uma simples definição médica, quando estabelecidos como critério para se ter o direito de acessar um serviço de saúde. Esta discussão do uso do termo encontra-se intrinsecamente relacionada à medicalização de todo o processo de RHA, desde a definição de quem tem direito de acesso, até à aplicação efetiva das técnicas, conforme discutiremos na seqüência.

¹³ Neste aspecto, podemos perceber claramente a partir de trechos como os seguintes: “(...) participação médica no processo de procriação notadamente ante a esterilidade ou infertilidade humana” (PL 2855/97 – Anexo B); “(...) casais comprovadamente incapazes de gerar filhos pelo processo natural de fertilização” (PL 4665/01 – Anexo C); “A utilização das técnicas de Reprodução Assistida será permitida (...) nos casos em que: (...) I – exista indicação médica para o emprego da Reprodução Assistida” (PL 1184/03 – Anexo E)

4.2.3 Medicalização definindo o direito de acesso

Acompanhando o tema anterior, temos a palavra do médico como decisiva em todo o processo de acesso às técnicas, desde a definição de quem pode acessar o serviço, até os detalhes internos do processo de aplicação das mesmas. Helman (2003, p. 153) nos coloca que o conceito de medicalização consiste na apropriação pela área médica de questões e problemas que não eram anteriormente definidos como parte de sua jurisdição, dentre eles “fenômenos como as várias etapas do ciclo vital feminino (menstruação, gravidez, parto e menopausa), assim como velhice, infelicidade, solidão, isolamento social, além das conseqüências de problemas sociais maiores como pobreza ou desemprego”.

Sob este aspecto, embora não seja parte de nosso referencial de análise, nos convém ressaltar a relevância dos estudos de Michel Foucault acerca destas práticas assistenciais sendo utilizadas como estratégias próprias de uma sociedade disciplinar. O autor pode ser, então, considerado senão o precursor, mas um importante estudioso da noção de medicalização e das questões de poder e saber que vão entrelaçando e tornando mais complexas as relações entre Medicina (e seus saberes e práticas), Estado e Sociedade¹⁴.

Com a decisão sobre todo o processo dentro da RHA, desde a definição do direito de acesso ao serviço até a aplicação concreta da técnica, sendo colocada na mão do médico e seu saber, o Estado outorga esta categoria como sua legítima representante. Aqui, percebemos que muito não se difere das relações intrínsecas entre Estado e Medicina presentes em nossa sociedade desde o período colonial (e quem sabe mesmo antes desse período) já anteriormente aqui comentadas (COSTA, 1999), onde estes vão em conjunto se inserindo na célula familiar, e estabelecendo suas formas de controle.

Mais uma vez nos vemos diante desta relação complexa, onde por vezes parece-nos difícil perceber onde estas duas instâncias se diferenciam. Não temos aqui dúvida quanto ao prestígio que a classe médica e seu saber gozam em nossa sociedade. Os avanços tecnológicos, por sua vez, só fazem aumentar este prestígio, entretanto, será que este mesmo prestígio é suficiente para garantir ao saber médico o poder de decisão sobre o processo de construção de uma proposta de regulamentação sobre a RHA? (Conforme discutimos anteriormente, há neste sentido a clareza da falta de inserção de outros saberes nesta

¹⁴ Do próprio autor, destacamos “Microfísica do poder” e os três volumes da “História da Sexualidade”. Reforçamos aqui que neste estudo não temos como foco de discussão a medicalização em si, embora ela receba destaque por se configurar em um ponto propulsor de debates a partir da análise do material coletado. O conceito encerra um debate próprio, em face de sua complexidade, e havendo interesse em empreender estudos específicos sobre ele, uma discussão mais aprofundada da genealogia da assistência médica, trazendo Foucault com um dos autores base para a problematização desejada, é encontrada na obra de Sandra Caponi “Da compaixão à solidariedade” (vide referências).

formulação). E, ainda, tem o saber médico o direito de isoladamente definir quem está apto ou não a ter acesso ao serviço?

Compreendemos que a elaboração de propostas que visem regulamentar qualquer prática, seja ela no campo da saúde ou não, é algo árduo, e não simplificado, e não somente no Brasil este debate legislativo se dá de forma difícil, tendo-se em vista que regular este acesso incide em questões “centrais de nossa vida social e familiar” (DINIZ, 2003, p. 11). Ao Estado cabe conjugar princípios universais, sem com isso impedir a existência e expressão de direitos individuais; ao mesmo tempo, deve ele também fornecer às suas pessoas os “benefícios advindos de áreas que ele mesmo dá especial proteção” (PALUDO, 2001) e estímulo ao desenvolvimento. Contudo, estando este mesmo Estado dando ao médico o poder de decisão sobre o acesso a um serviço destinado à toda uma população, não estaria ele não apenas destinando a um saber socialmente constituído o papel de legislador (que cabe à ele) - como se assim ele se eximisse de qualquer responsabilidade sobre a temática - mas também produzindo mais uma via de interferência (pelas mãos da medicina) nas vidas privadas, excluindo o indivíduo do direito de decidir sobre suas próprias questões fundamentais?

Esta interferência pode ser mais aguçada quando nos deparamos com a necessidade presente nos documentos analisados de aval do médico para acessar o serviço, através da definição de quem se encaixa nos critérios de infertilidade ou não. Para a OMS “a infertilidade é a incapacidade que um casal tem de conceber após um ano de relacionamento sexual sem uso de medidas contraceptivas” (OLIVEIRA, F. 2004a, p.59). Contudo, ainda assim faz-se necessário comprovar também¹⁵ tentativas exaustivas e mal sucedidas por outros métodos, antes de se tornar elegível para ter acesso a um serviço que faz parte do corpo de direitos fundamentais dos indivíduos. Neste âmbito, se restringirmos o sentido de infertilidade apenas como problema médico, e como tal solucionado via tecnologias reprodutivas, não serão colocadas em discussão no acesso a serviços de saúde as possibilidades de tratamento de causas de infertilidade que “podem ser prevenidas, como doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), poluição, pobreza, trabalho insalubre, aditivos químicos, hormônios, dispositivo intra-uterino (DIU), infecção pós-parto e esterilização precoce de mulheres” (BRAZ, 2005, p. 171), que teriam um impacto mais abrangente do que as técnicas de RHA em si.

A não consideração destes direitos de definição da própria procriação como direitos fundamentais encontra-se associada à não consideração da liberdade de escolha dos

¹⁵ Vide a frase mais usada em quase todos os documentos analisados: “quando outras terapêuticas tenham sido consideradas ineficazes”.

indivíduos como presente também neste aspecto procriativo. A liberdade de procriar, entendida como uma liberdade positiva (MORI, 2001, p. 57) compreende a idéia de o indivíduo ter seus filhos quando decide tê-los, o que se choca com a noção de controle médico como primordial para o direito de acessar uma das formas de se colocar esta liberdade positiva em prática. Na mesma direção, Berlinguer (2004, p.15) vai um pouco mais adiante, quando nos relembra que a procriação é enormemente associada à religião, e assim, à sua visão de procriar como um dever, dentro de seu conceito de família. Continua este autor ampliando a discussão quando pondera que compreender a procriação enquanto algo passível de associação à liberdade de escolha dos indivíduos, é considerá-la não mais um dever, não mais uma obrigação, como nos ditames religiosos, mas sim uma face da liberdade de escolha, que implica também a liberdade de não procriar.

O referido autor (*Ibid*, p.17) considera complexa a associação da liberdade de procriação como encerrando também direitos de procriação, ponderando que as expressões autônomas dos indivíduos podem ser distorcidas pelas leis e intervenções do Estado. Sua postulação é o que de fato encontramos diante da análise dos documentos aqui apresentados, sendo evidenciado como um tema controverso, quando necessita ao mesmo tempo estabelecer os direitos de acesso à RHA sem com isso desconsiderar algum aspecto das liberdades e expressões individuais. Nesta discussão, transformar o direito de acesso em algo dificultado por um determinado critério definido por apenas uma categoria profissional, sem levar em conta os próprios indivíduos objeto de intervenção, nos remete de volta à visão paternalista já aqui discutida, e nos revela um intenso controle dos corpos em questão, em especial o corpo da mulher. Sobre esta visão de quem é elegível para acessar as técnicas de RHA, Diniz e Costa (2005, p. 1) reforçam que

foi somente com o início do debate legislativo em diferentes países latino-americanos que o tema da elegibilidade foi seriamente enfrentado como uma das questões centrais à regulamentação do uso e acesso às tecnologias. Nesta passagem de um tema médico para a uma questão política, o foco das atenções também se modificou. Se nos anos 1990, a grande questão em torno das tecnologias reprodutivas era sobre a biossegurança dos procedimentos, nos anos 2000, a controvérsia é eminentemente moral.

Assim, nos atentaremos agora à questão do corpo da mulher, que como objeto da intervenção médica revela sentidos além do que uma possível idéia inicial de discriminação por gênero, conforme discutiremos a seguir.

4.2.4 Controle de corpos e intervenção na mulher

Conforme já discutimos em diferentes pontos ao longo deste trabalho, a mulher é foco da intervenção médica no tocante às tecnologias de RHA, entretanto a presença do homem se faz indispensável, tanto para a fecundação, como para a permissão a que essa mulher se torne de fato objeto da intervenção, tendo-se em vista que se ela não é solteira, necessita do consentimento do parceiro para tornar-se detentora de um direito já discutido aqui como inerente à condição humana. Sobre o papel do homem neste processo, Diniz e Costa (2005, p.6) nos trazem que

na verdade, é a ideologia naturalista da reprodução pautada na heterossexualidade que é protegida pelas tecnologias conceptivas ao requerer a presença masculina na reprodução. A exigência moral é do cumprimento das convenções de gênero assentadas no discurso sobre o natural, em que assim como óvulos e espermatozoides são necessários à fecundação, mulheres e homens à reprodução social. Neste sentido, se o diagnóstico de infertilidade sem causa aparente poderia ser uma porta aberta para a negociação da infertilidade involuntária e não estritamente do corpo estéril como critério de elegibilidade às técnicas, não é desta maneira que o debate político nos anos 2000 vem se desenhando em alguns países da América Latina, onde a tendência é restringir o acesso a casais heterossexuais.

Além disso, com a possibilidade de interdição da mulher pelo parceiro, voltamos aqui a uma noção de sociedade patriarcal, fundada no papel social do homem como primordial, e como palavra final nas relações homem-mulher, além de destoar dos princípios contidos na própria lei de planejamento familiar, onde a igualdade de direitos se expressa neste campo (CARVALHO, 1997, p.31-32, 98-99). Que igualdade se revela ao tornar um dos indivíduos controlado pelo jugo do outro? Se direitos e deveres não são de fato expressos como podendo ser exercidos igualmente, ferimos aqui os princípios constitucionais, e também os dispostos na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

O uso da tecnologia médica para alcançar o objetivo de ser mãe expõe a mulher a uma forma perversa de medicalização e mercantilização da procriação. Ou seja, vivemos sob a ótica da 'medicina do desejo', que fragiliza e submete 'cada vez mais as pacientes à supervalorização da biotécnica' e que se apóia em um discurso positivo, sustentado pela utilização da generosidade profissional e eficácia dos procedimentos. Fica evidente a contraposição que se estabelece entre a hegemonia cientificista da

medicina reprodutiva, que engendra e ao mesmo tempo responde à demanda de filhos, e os interesses das mulheres no âmbito social, político e de seu poder pessoal frente ao processo de tomada de decisão quanto ao exercício da maternidade (GUILHEM e PRADO, 2001, p. 114).

Neste sentido a mulher é percebida como tendo o papel inato de procriadora, não sendo dada a atenção devida às novas configurações de seu papel na sociedade, o que é reforçado por Berlinguer (2004, p. 14) quando comenta que “no passado, a procriação sem intervalos, da puberdade à menopausa [...], constituía para a mulher um dos principais empecilhos para o seu pleno desenvolvimento como sujeito humano em todas as várias dimensões”. Guilhem e Prado (2001, p 120-121) comentam aqui que colocar a noção de direito de reprodução como justificando o procedimento nos serviços públicos, e com eles o acesso à mulher, “traduz-se em uma falácia. Isso acontece exatamente porque os profissionais resumem o universo de direitos das mulheres à questão da reprodução, que em grande parte é vista sob a ótica da técnica, hierarquizando de forma distorcida esses direitos”. Este dado fica evidenciado também nos documentos analisados¹⁶, onde a procriação não é novamente percebida como uma escolha livre dos indivíduos, mas sim uma função naturalizada, e agora também medicalizada.

A medicalização da reprodução humana é um dos grandes temas que suscita a discussão no âmbito da Bioética e do Biodireito, tendo em vista que as modernas técnicas de reprodução humana podem oferecer a maternidade tanto às mulheres estéreis, quanto àquelas que já atingiram a menopausa, mulheres lésbicas e, mesmo, a chance de maternidade às mulheres virgens. Tendo havido a quebra da tradição histórica e social da maternidade ao se separar a reprodução da sexualidade e ainda, a desvinculação da maternidade dos limites e imposições traçados pela tradição e biologia humana, houve a revalorização da maternidade enquanto vocação do feminino. (BRAUNER, 2003)

Concordamos com a postulação de Berlinguer quando este coloca em debate não somente a questão de ampliação da liberdade de escolhas sobre como procriar, promovidas pelos adventos das tecnologias reprodutivas, mas também sobre a crescente dependência corporal de uma “medicina altamente invasiva, a qual privilegia o remédio rápido e técnico” (2004, p. 34). Entretanto, este remédio rápido e técnico vem também permeado de valores morais, e embora torne o corpo – primordialmente o feminino – dependente da tecnologia, o

¹⁶ Em trechos como no PL 1135/03 (Anexo D): “riscos mínimos à paciente”, “a receptora”, ou no PL 1184/03 (Anexo E): “organismo da mulher receptora”. A naturalização da procriação como algo inerente à condição da mulher, e neste momento sendo também função medicalizada, é reforçada também nos dispositivos sobre a gestação de substituição, onde alguns textos que a permitem restringem esta permissão somente em casos onde a doadora genética é impossibilitada, e esta impossibilidade é comprovada medicamente, como no PL 1135/03 (Anexo D).

faz para reforçar valores sociais tradicionais não mais hegemônicos, pois já dividem espaço na sociedade com novas formulações dos papéis de homem e mulher, assim com da visão de família contemporânea.

Esta disposição se deve também à não inserção do homem solteiro como foco de discussão, deixando-o de lado não somente na questão de direitos fundamentais sobre acesso a serviço e escolhas de formas de procriação, mas também negando a possibilidade de existência de famílias monoparentais formadas por eles. A discussão sobre a possibilidade ou negação da gestação de substituição é um ponto dentro dos documentos analisados que merece maiores aprofundamentos em posteriores propostas de trabalho, em face de encerrarem controvérsias religiosas e morais a um tema que acaba por negar um direito inerente ao homem, assim como também negar a existência de uma possibilidade de formação familiar já disposta na própria Constituição Federal como legítima, privilegiando a formação tradicional de família.

Neste aspecto de constituição de leis, Berlinguer (2004, p. 36) também nos faz permite pensar sobre a complexidade de formulação de regulações de uma sociedade, quando postula que

as leis devem refletir e, em certa medida, orientar uma sociedade pluralista, que seja baseada no inseparável binômio liberdade/responsabilidade, e assim não podem estabelecer vínculos, que não apresentem um fundamento racional demonstrado, como a idéia de que a derivação genética direta de dois genitores legalmente unidos seja a única que pode dar felicidade aos filhos. O Estado, todavia, não pode limitar-se a declarar lícito tudo aquilo que as ciências biomédicas tornam factível, ou a registrar a existência de diversas 'comunidades morais', como sustenta H. T. Engelhardt, que sejam autônomas entre elas e dotadas cada uma de regras próprias.

Diante desta discussão, seguiremos para a finalização desta seção, com as visões presentes nos documentos analisados acerca das formações familiares.

4.2.5 A família revelada pelo texto

Quando após toda a reflexão feita até o momento, nos deparamos com a família, pano de fundo e conceito presente em todo o processo de discussão aqui encerrada, podemos de fato nos dizer surpresos com o que podemos retirar dos documentos analisados. Considerando a reflexão já estabelecida no capítulo de revisão de literatura, na parte específica sobre a família, a análise dos PL's nos evidencia um modelo familiar específico sendo legitimado: o modelo nuclear, com os seus requintes históricos - que vinham ao longo das transformações da sociedade sendo alterados em muitos sentidos com o apoio de movimentos sociais importantes (DINIZ e BUGLIONE, 2002 p. 56-57) - ao trazer de volta o poder do pai sobre o restante da família, o papel da mulher como procriadora inata, a família monogâmica, procriativa, centrada nos filhos como razão de existência enquanto instituição. Além destes detalhes, a família reforçada aqui é o “padrão da família heterossexual, elegendo como possíveis usuários das TRs os casais e mulheres inférteis” (GUILHEM e PRADO, 2001, p. 118).

Já discutimos até aqui a não percepção das formações familiares monoparentais masculinas como aceitas, sendo somente a feminina uma possibilidade concreta, o que está diretamente articulado com a noção de reprodução como capacidade natural e final da mulher. Entretanto, se a formação monoparental feminina é algo indicado como aceitável pela sociedade, e legitimado também via RHA, abre-se o espaço para também a monoparentalidade masculina reivindicar sua legitimidade, possibilitada somente via gestação de substituição (DINIZ e BUGLIONE, 2002, p. 30).

Não somente esta possível formação familiar é excluída, mas também as possibilidades de vínculo conjugal homossexual tornam-se não passíveis de enquadramento no que se refere aos prováveis detentores do direito de acesso ao serviço de RHA. As propostas legislativas parecem querer cegar-se diante das transformações do modelo de família já visíveis na nossa sociedade, e a Portaria que institui no SUS um programa concreto de trabalho em cima das questões de RHA, reduz essa família à composta pelo casal infértil¹⁷. Dessa forma, concordamos com Diniz e Costa, (2005, p. 6) quando consideram que “as tecnologias conceptivas vêm se constituindo em um campo garantidor da ideologia naturalista

¹⁷ PRT/MS 426/05, trechos como: Art 2º, II – “(...) problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil”; III – (...) tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças”.

e da moral heterossexual para a constituição de famílias e exercício da parentalidade, valores expressos na categoria casal infértil”.

Conforme já discutimos, sendo a formação familiar um direito fundamental de livre escolha do indivíduo (BERLINGUER, 2004; BUGLIONE, 2001; LOYOLA, 2005), podemos dizer também que esta escolha já se percebe de início comprometida, diante da não possibilidade de todos serem entendidos como legítimos detentores do direito de acesso ao serviço específico de RHA. E ainda, não somente é aqui legitimado pela sociedade o modelo tradicional, nuclear de família, como também se pode compreender que os casais enquadrados como detentores desse direito de acesso, antes de terem efetivamente realizado a aplicação das técnicas, não se encaixavam no modelo familiar aceito, somente conseguindo este intento através da intervenção da ciência, ou seja, a prática médica proporcionaria a “adequação social” de pessoas antes não completamente inseridas nos critérios de família aceitável e legitimado pelo Estado.

Em uma sociedade culturalmente lastreada em uma base familiar, composta por pais e filhos, a reprodução assistida possibilitou a correção legítima do ‘desvio’ social de ausência de filhos concretizando a medicalização de fenômenos antes restritos à intimidade do casal, como a fertilização.(DINIZ e BUGLIONE, 2002, p.23)

A família aceita a partir dos documentos analisados¹⁸ é não somente a família nuclear, mas a família nuclear medicamente constituída - ou reparada, se entendermos como uma reparação o ato médico de “tornar fértil” o casal infértil – pois podemos dizer que “de condição social, a infertilidade tornou-se um quadro clínico passível de ser controlado pela ciência” (*Ibid*, p.10).

¹⁸ Tanto nos trechos da PRT/MS 426/05, expressos na nota anterior, como também em alguns PL's, como por exemplo o 4665/01 (Anexo C), que já em sua ementa postula a “autorização da fertilização humana ‘in vitro’ para os casais comprovadamente incapazes de gerar filhos pelo processo natural de fertilização”

5

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto neste trabalho, podemos considerar que a ciência proporciona através das tecnologias reprodutivas, em especial as de RHA, uma nova possibilidade de se constituir a família, considerada célula mínima da sociedade. Possibilitando que não apenas a adoção seja alternativa única, mas uma das opções possíveis para pessoas com impossibilidade de procriar, as técnicas de RHA representam um avanço, e mesmo não tendo sido constituídas a partir de um enquadramento correto dentro das questões éticas vigentes mundialmente para a pesquisa científica envolvendo seres humanos, tornam-se – em boa parte com a ajuda da mídia – objeto de reivindicação por parte da população diretamente afetada por ela, que passa a demandá-la enquanto um direito adquirido, um direito fundamental. As técnicas possíveis são relativamente antigas, se comparadas ao tempo de aplicação em nosso país, e as discussões sobre sua regulamentação em termos de legislação são ainda mais recentes que sua inserção nas práticas médicas brasileiras.

A vigência de uma normativa dentro da categoria médica é para esta um referencial de procedimentos éticos a seguir, entretanto, não é material suficiente para ser considerado único olhar sobre a questão.

Se por um lado a medicina nos proporciona este avanço, por outro lado a falta de legislação específica causa um risco aos médicos que as praticam, aos pacientes que destas técnicas se utilizam e aos filhos gerados por meio delas, uma vez que não havendo norma jurídica não há como pleitear e proteger direitos e deveres, o que torna imprescindível sua normatização de forma clara e responsável. Assim, apesar de a reprodução assistida ser uma realidade social e científica, a mesma não existe no mundo jurídico [...]. Esta omissão legal é desvantajosa e muitas vezes até mesmo lesiva, causando lacunas preocupantes, já que as clínicas de reprodução estão praticando e aplicando as técnicas, muitas vezes de forma indiscriminada (CLEMENTE, 2006, p.219).

O desejo por filhos é retomado como forte função das formações familiares, desta vez extremamente biologizado e medicalizado. O Estado, enquanto omissor na criação de uma lei própria, acaba por legitimar ao saber médico o papel de regulador destas práticas e, por conseguinte, deste reforço ao laço genético como primordial para as relações de parentesco. Os esforços em propor projetos não variam desta primeira avaliação, e a prática tomada pelo

governo especificamente no setor público de saúde restringe mais ainda este laço à consangüinidade e à nuclearidade da família. Não somente um retrocesso ético e legal, esta posição também nos permite pensar que as questões relativas à RHA ao não incorporarem o setor privado no campo de regulação, o deixam livre para autoregular-se, o que dificulta também um controle social efetivo neste setor e, além disto, ao restringir no setor público o acesso a casais com problemas medicamente comprovados de infertilidade, restringem neste setor o direito de acesso, tornando o desejo por filhos um objeto de consumo, disponível em suas mais variadas possibilidades somente aos que puderem por ele pagar, tendo-se em vista que os que escapam da noção de “casal infértil” não se tornariam legítimos detentores de direito de acesso, segundo a própria PRT/MS 426/05 em vigência no momento (GUILHEM e PRADO, 2001, p. 114).

Diante da complexidade da temática abordada, temos que uma regulamentação do uso das técnicas de RHA se faz necessária, em função de evitar não somente os abusos nos determinantes éticos envolvidos em seu processo, historicamente comprovados, como também na prevalência de arbitrariedades morais sobre os direitos fundamentais dos indivíduos (BERLINGUER, 2004, P. 40). Embora caiba ao Estado formular leis que regulamentem as práticas, e que se disponham a fiscalizar as atividades já existentes, a intervenção de saberes e práticas nesta formulação se faz visível, em especial o saber médico. Embora não acreditemos aqui que este deva ser desconsiderado, outros saberes - e estudos aprofundados provenientes destas áreas – já são reconhecidos dentro da temática das Novas Tecnologias Reprodutivas, em especial as de RHA, e podem e devem ser levados em conta quando da preparação de um documento que incidirá sobre toda uma população.

Neste aspecto, o documento que se encontra em vigência é ainda restritivo e discriminatório, voltando-se para uma formulação de família não mais hegemônica em nossa sociedade, mas que se torna legitimada e reforçada como a única sob proteção do Estado, ainda que este próprio tenha em suas bases Constitucionais o modelo monoparental como outra possibilidade. Este mesmo texto constitucional ainda é limitador das possibilidades de configuração de família existentes em nossa sociedade, e estas têm ao longo dos últimos anos adquirido visibilidade e demandado respeito a seus direitos. A formulação de uma legislação que incorpore o direito de acesso ao serviço pode e deve ser aprofundada e expandida, de forma que este direito possa ser caracterizado como subvertendo os padrões morais acima descritos (DINIZ e BUGLIONE, 2002, p.17), e não apenas mantendo a ordem moral vigente, que não incorpora a variedade de possibilidades que os indivíduos possuem, e muitas vezes já colocam em prática, a despeito de respaldo legal para torná-las aceitas socialmente.

Destacamos aqui, que não somente o tema proposto neste trabalho é de articulação complexa, assim também parece ser o processo legislativo. Da aplicação das técnicas no país - destacando-se o primeiro caso a ganhar notoriedade mundial em 1982 justamente por sua incoerência com procedimentos éticos vigentes no mundo, levando à óbito uma mulher utilizada como cobaia para treinamento de técnicas de RHA - até a primeira articulação sobre a temática, na resolução do CFM em 1992, temos 10 (dez) anos no mínimo de defasagem. No ano seguinte, surge a primeira proposição legislativa, e de 1993 até hoje ainda não há uma legislação específica sobre a RHA no país. Além disso, a primeira efetivação destas técnicas sendo disponibilizadas no SUS só se dá em 2005, apenas 2 (dois) anos atrás, e ainda assim carregando uma visão de acesso restritivo e excludente, pois expressa uma concepção de família tradicional, religiosamente enraizada em nossa sociedade, como reconhecida pelo Estado.

Os projetos em tramitação permanecem arquivados, passam por comissões diversas, são reavaliados, mas não compreendem ainda um esforço suficiente para abarcar as demandas que se criam a partir da disponibilização das técnicas de RHA. Apesar dos 14 (quatorze) anos que separam o primeiro PL deste presente estudo, ponderamos se de fato não é melhor que sejam eles retirados mesmo de pauta, levados novamente à discussão pública, sendo melhor embasados, aprofundados e discutidos de modo interdisciplinar, por mais áreas do saber e da sociedade em geral, para somente a partir daí serem novamente levados a consideração dentro do processo legislativo. Neste sentido, também concordamos que

o grande desafio não está somente na regulamentação devida destas leis, é necessário que se leve a quem verdadeiramente precisa as informações necessárias, porque de nada adianta somente a lei perfeita, o ordenamento jurídico moderno e atualizado se não houver conscientização social daqueles que delas precisam (CLEMENTE, 2006, p. 228).

Assim, consideramos que as leis (ou ainda mesmo os Projetos de Lei) que regulamentam o desejo por filhos, neste caso os adquiridos via RHA, necessitam ser mais embasadas, mais profundamente discutidas, tanto do lado técnico, proporcionado pelo saber médico, como pelas áreas de saberes e práticas presentes em nossa sociedade (como a bioética, a sociologia, os movimentos sociais, dentre outros), de forma que possam ser articuladas as diferentes visões sobre a temática, e não sejam limitados os esforços a noções arbitrárias, moralistas e restritivas.

Neste rol de saberes, a Bioética mostra-se bastante importante como espaço de reflexão, pois é fruto de uma sociedade democrática, e pretende direcionar suas reflexões para a “garantia da dignidade humana e dos direitos dos cidadãos enquanto usuários desses serviços” (FORTES e ZOBOLI, 2003, p11) de saúde que especificamente aqui estamos tratando. É uma abordagem multi e interdisciplinar, e neste sentido se aproxima da abordagem de Saúde Pública, como campo que agrega múltiplos agentes para desenvolver “suas atividades de investigação e de intervenção no processo saúde-doença” (*Ibid*, p. 15).

As ações em Saúde Pública podem ser percebidas como realizáveis em todos os níveis de complexidade presentes no serviço de saúde, na forma como ele se compõe em nosso país, em especial no SUS. Considerando a saúde como resultante de diferentes fatores – dentre eles condições de trabalho, meio ambiente, lazer, etc., não só a prática de assistência à saúde é compreendida como passível de análise pela Saúde Pública, mas também pode nela ser inserido o processo de formulação de regulamentação de serviços de saúde, que envolvem não somente questões biomédicas, mas sociais.

Desta forma, ações em Saúde Pública voltadas para o serviço de RHA, que também perpassam todos os níveis de complexidade do setor de saúde, são plenamente concebíveis como articuladas e passíveis de reflexão pela bioética. Esta insere-se como mais uma possibilidade de aprofundamento das visões possíveis dentro do campo vasto de atuação da Saúde Pública (*Ibid*, p. 52), e neste sentido, é extremamente adequada como proposta de reflexão sobre a configuração do direito de acesso ao serviço de RHA, especialmente no SUS – este ancorado em princípios caros às reflexões bioéticas, como universalidade e equidade –, que envolve o entrelaçamento de questões não somente de saúde, como vimos ao longo deste estudo, mas também jurídicas, morais, éticas, e religiosas, dentre outras que possam ser percebidas.

Finalizando, o que se concebe como foco durante toda a trajetória deste trabalho, é a percepção de como se estruturam as discussões propiciadas a partir da configuração do objeto de estudo. Visamos aqui, a partir do olhar Bioético, contribuir para a ampliação das reflexões acerca do alcance e da garantia dos direitos fundamentais dos indivíduos, parte vital da composição do direito de cidadania, que é nada mais é do que a própria dimensão ética das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- AHUMADA, A. et al. *Manual de procedimientos – Laboratorio de Reproducción Asistida*. Santiago: RedLara, 1998.
- ALVIM, R. Maternagem – Paternagem: uma trajetória cultural. *Catharsis*, São Paulo, ed. 3, ano 1. Disponível em: http://www.revistapsicologia.com.br/materias/abordagens/m_abordagens.htm Acesso em: 10 out 2005.
- ANJOS, M. F. Bioética: Abrangência e Dinamismo, In: BARCHIFONTAINE, C. P. e PESSINI, L. (orgs.). *Bioética: Alguns Desafios*. São Paulo. Ed. Loyola. 2001, p. 17-34.
- ARENDRT, H. *O que é política?* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- ARIÈS, P. *História Social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n.3, p. 815-823, 2003.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BEAUCHAMP, T. e CHILDRESS, J. F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- BERLINGUER, G. *Questões de vida – Ética, ciência, saúde*. São Paulo: HUCITEC. Salvador: APCE. Londrina: CEBES, 1993.
- BERLINGUER, G. *Bioética Cotidiana*. Brasília: Ed UNB, 2004.
- BRAGA, M. G. R.; AMAZONAS, M. C. L. A. Família: maternidade e procriação assistida. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10 n.1, p.11-18, jan-abr 2005
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.358, de 11 de novembro de 1992. Adota Normas Éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 nov. 1992, Seção 1, p. 16053.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Imprensa Nacional. 20 set. 1990. Seção 1, p.18055.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Imprensa Nacional. 31 dez. 1990. Seção 1, p.25694.
- BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/default.asp> Acesso em: 10 jan 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Contempla diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas

- envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc> Acesso em: 10 jan 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 303, de 06 de julho de 2000. Contempla norma complementar para a área de Reprodução Humana, estabelecendo sub áreas que devem ser analisadas na Conep e delegando aos CEPs a análise de outros projetos da área temática., Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso303.doc> Acesso em 10 jan 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 426, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF: Imprensa Nacional, 23 março 2005. nº 56, Seção 1, p. 22-23.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Nota técnica da Comissão sobre Acesso e Uso do Genoma Humano e do Projeto Ghente. Assunto: Regulação da Reprodução Humana Assistida. Brasília, DF, 16 março 2004. Disponível em: http://www.ghente.org/temas/reproducao/nota_RA.pdf Acesso em: 10 jan 2006.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 1.135, de 2003. Dispõe sobre a reprodução humana assistida. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=117461 Acesso em: 10 jan. 2006.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 1.184, de 2003. Dispõe sobre a reprodução assistida. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=118275 Acesso em: jan. 2006.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 120, de 2003. Dispõe sobre a investigação de paternidade de pessoas nascidas de técnicas de reprodução assistida. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=104774 Acesso em: 10 jan. 2006.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 2.061, 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. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=134835 Acesso em: 10 jan. 2006.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 2.655, de 2001. Autoriza o governo do Estado do Rio de Janeiro, através da secretaria de Estado de Saúde, a implantar clínica especializada em reprodução assistida e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ, 2001. Disponível em: http://www.ghente.org/doc_juridicos/pl2655.htm Acesso em: 10 jan. 2006.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 2.855, de 1997. Dispõe sobre a utilização de técnicas de reprodução humana assistida, e dá outras providências. Brasília, DF, 1997. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=18719 Acesso em: 10 nov. 2005.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 3.638, de 1993. Institui normas para a utilização de técnicas de reprodução assistida. Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=19976 Acesso em: 10 nov. 2005.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 4.555, de 2004. Dispõe sobre a obrigatoriedade da Natureza Pública dos Bancos de Cordão Umbilical e Placentário e do Armazenamento de Embriões resultantes da Fertilização Assistida e dá outras providências. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=271967 Acesso em: 10 jan. 2006.

- BRASIL. Projeto de Lei nº 4.665, de 2001. Dispõe sobre a autorização da fertilização humana “in vitro” para os casais comprovadamente incapazes de gerar filhos pelo processo natural de fertilização e dá outras providências. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=28415 Acesso em: 10 jan. 2006.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 4.686, de 2004. Introduce art. 1.597-A à Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil, assegurando o direito ao conhecimento da origem genética do ser gerado a partir de reprodução assistida, disciplina a sucessão e o vínculo parental, nas condições que menciona. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=273816 Acesso em: 10 jan. 2006.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 4.889, de 2005. Estabelece normas e critérios para o funcionamento de Clínicas de Reprodução Humana. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=277889 Acesso em: 10 jan. 2006.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 5.624, de 2005. Cria Programa de Reprodução Assistida no Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=293728 Acesso em: 10 jan. 2006.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 90 (substitutivo), de 1999. Dispõe sobre a Procriação Medicamente Assistida. Brasília, DF, 1999. Disponível em: http://www.ghente.org/doc_juridicos/pls90subst.htm Acesso em: 10 nov. 2005.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 90 (substitutivo), de 2001. Dispõe sobre a Reprodução Assistida. Brasília, DF, 1999. Disponível em: http://www.ghente.org/doc_juridicos/pls90subst2.htm Acesso em: 10 nov. 2005.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 90, de 1999. Dispõe sobre a Reprodução Assistida. Brasília, DF, 1999. Disponível em: http://legis.senado.gov.br/pls/prodasen/PRODASEN.LAYOUT_MATE_DETALHE.SHOW_MATERIA?P_COD_MAT=1304 Acesso em: 10 nov. 2005.
- BRAUNER, M. C. Novas Tecnologias reprodutivas e projeto parental. Contribuição para o debate no Direito brasileiro. *Portal Bioética e ética na ciência*, Núcleo Interinstitucional de Bioética, 2003. Disponível em <http://www.bioetica.ufrgs.br/repbrau.htm> Acesso em abr 2006.
- BRAZ, M. Bioética e Reprodução Humana. In: SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. (orgs) *Bioética e Saúde - Novos tempos para mulheres e crianças?* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 169-194.
- BUGLIONE, S. Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 5, n. 49, fev. 2001. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1855> Acesso em: 13 abr. 2007.
- BULLOUGH, V. L. Artificial Insemination. *gbtq: An Encyclopedia of Gay, Lesbian, Transgender, and Queer Culture*, Chicago, fev 2004. Disponível em: http://www.gbtq.com/social-sciences/artificial_insemination.html Acesso em: 08 ago 2004.
- CAPONI, S. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.
- CARVALHO, M. C. B. (org) *A família contemporânea em debate*. São Paulo: Cortez, 1997.
- CARVALHO, M. C. B., O lugar da família na política social. In: PALMA e SILVA, L. A.; STANISCI, S. A.; BACCHETTO, S. (orgs) *Famílias: aspectos conceituais e questões metodológicas em projetos*. Brasília: MPAS/SAS. São Paulo: FUNDAP, 1998, cap.3, p.31-38.

- CATONNÉ, J. P. *A sexualidade, ontem e hoje*. São Paulo: Cortez. Coleção questões da nossa época, v.40, 2001.
- CIAMPONE, M. H. T. Uma proposta de intervenção baseada na família. In: PALMA e SILVA, L. A.; STANISCI, S. A.; BACCHETTO, S. (orgs) *Famílias: aspectos conceituais e questões metodológicas em projetos*. Brasília: MPAS/SAS. São Paulo: FUNDAP, 1998, cap.2, p.23-30.
- CLEMENTE, A. P. P. (org.) *Bioética no início da vida – Dilemas pensados de forma transdisciplinar*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2006.
- COELHO, E. B. S. *Planejamento familiar: as interfaces da contracepção*. Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Brasil, 2000.
- COELHO, S. V. As transformações da família no contexto brasileiro: uma perspectiva das relações de gênero. *Psique*, Belo Horizonte, ano 10, nº 16, p. 7-24, maio 2000.
- CORRÊA, M. C. D. V. Novas tecnologias reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v.6, nº 1, p.126-137, 1998.
- CORRÊA, M. C. D. V. Reprodução Assistida. Regulação possível? Quem controla o quê e como? *Jornal Medicina*. Brasília, nº 116, abril 2000. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio9v1/Artjornalmed.doc> Acesso em: 10 nov. 2005.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- COSTA, R. G. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades, e teorias da concepção. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.10, nº 2, p.339-356, 2002.
- D'INCAO, M. A. (org). *Amor e família no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1989.
- DINIZ, D. Tecnologias reprodutivas conceptivas – o estado da arte do debate legislativo brasileiro. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, Rio de Janeiro, v.7, nº 3, nov/dez 2003, p. 10-19.
- DINIZ, D.; BUGLIONE, S. (orgs) *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do direito brasileiro*. Brasília: Letras Livres, 2002.
- DINIZ, D.; COSTA, S. I. F. *Bioética – Ensaio*. Brasília: Letras Livres, 2001.
- DINIZ, D.; COSTA, R. G. Infertilidade e Infecundidade: Acesso às Novas Tecnologias Conceptivas. *Série Anis* 37, Brasília, Letras Livres, p. 1-9, fev 2005.
- DINIZ, D.; VÉLEZ, A. C. G. Bioética feminista: a emergência da diferença. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v.6, nº 2, p.255-263, 1998.
- DOSSIÊ REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2003.
- DRUMOND, J. G. F. O princípio da beneficência na responsabilidade civil do médico. *Bioética*, n. 12, 2004, p. 159-167.
- ESPÍNDOLA, J. S. Contribuição jurídica para a legislação sobre fertilização humana assistida. *Bioética*, Brasília, v.11, nº 2, p.91-108, 2003.
- FACHIN, O. *Fundamentos de metodologia*. São Paulo: Saraiva, 2003.
- FIGUEIRA, S. A. O “moderno” e o “arcaico” na nova família brasileira: Notas sobre a dimensão invisível da mudança social. In: FIGUEIRA, S. A. (org) *Uma nova família? O*

- moderno e o arcaico na família de classe média brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987, cap. 1, p. 11-29.
- FISCHLOWITZ, E. Os fundamentos demográficos. In: FISCHLOWITZ, E. *Proteção social à família*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1963, p.77-88.
- FORTES, P. A. C. *Ética e saúde – Questões éticas, deontológicas e legais. Tomada de decisões. Autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos*. São Paulo: EPU, 1998.
- FORTES, P. A. C. e ZOBOLI, E. L.C. P. (orgs) *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I. A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade II. O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade III. O cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- FUKUI, L. Família: conceitos, transformações nas últimas décadas e paradigmas. In: PALMA e SILVA, L. A.; STANISCI, S. A.; BACCHETTO, S. (orgs) *Famílias: aspectos conceituais e questões metodológicas em projetos*. Brasília: MPAS/SAS. São Paulo: FUNDAP, 1998, cap.1, p.15-22.
- GARRAFA, V. *Dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1995.
- GIANOULIS, T. Family. *gbtq: An Encyclopedia of Gay, Lesbian, Transgender, and Queer Culture*, Chicago, fev 2004 Disponível em <http://www.gbtq.com/social-sciences/family.html> Acesso em: 01 ago 2004.
- GIFFIN, K.; CAVALCANTI, C. Homens e reprodução. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro / Florianópolis, v.7, nº 1 e 2, p.53-71, 1999.
- GONÇALVES, E. R.; GARCIA, L. P.; VERDI, M. I. M. Aspectos Éticos na Pesquisa Epidemiológica em Saúde Bucal. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. A. *Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap. 8, p. 335-345.
- GREGORI, J. *Universalidade dos Direitos Humanos e Peculiaridades Nacionais*. São Paulo: CMDH - Comissão Municipal de Direitos Humanos. [s/d] a. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/cidadania/cmdh/artigos/0032> Acesso em set 2005.
- GREGORI, J. *A Práxis Brasileira da Declaração Universal dos Direitos Humanos*. São Paulo: CMDH - Comissão Municipal de Direitos Humanos. [s/d] b. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/cidadania/cmdh/artigos/0009/portal/cidadania/cmdh/artigos/0027> Acesso em abr 2007.
- GROSSI, M. P.; PORTO, R. M.; TAMANINI, M. (orgs.) *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. Brasília: Letras Livres, 2003.
- GUILHEM, D.; PRADO, M. M. Bioética, legislação e tecnologias reprodutivas. *Bioética*, Brasília, v. 9, nº 2, p.113-126, 2001.
- HELMAN, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto alegre: Artmed, 2003, cap 6, p. 146-169.
- HÉRITIER, F. A coxa de Júpiter. Reflexões sobre os novos modos de procriação. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 8, nº 1, p.98-114, 2000.

- HOGEMANN, E. R. R. S. Direitos humanos: sobre a universalidade rumo ao Direito Internacional dos direitos Humanos. In: *Enciclopédia Digital de Direitos Humanos*, 2ª ed. Natal: Dhnet – Rede Direitos Humanos e Cultura. 2002, CD-ROM.
- KALOUSTIAN, S. M. (org) *Família Brasileira: a base de tudo*. Brasília: UNICEF / Cortez, 1994.
- LAKATOS. E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de Metodologia científica*. São Paulo: Ed. Atlas, 2005.
- LARVIE, P. Sexualidade e direitos de cidadania. *Sexualidade, gênero e sociedade*, Rio de Janeiro, n. 11, p. 2-3, jun 1999.
- LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 875-884, 2003.
- LOYOLA, M. A. (org) *Bioética, reprodução e gênero na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: ABEP. Brasília: Letras Livres, 2005.
- LUBISCO, N. M. L.; VIEIRA, S. C. *Manual de estilo acadêmico: monografias, dissertações e teses*. Salvador: EDUFBA, 2002.
- LUNA, N. Pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.9, nº 2, p.389-413, 2001.
- LUNA, N. Natureza Humana criada em laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.12, n.2, p. 395-417, maio-ago. 2005.
- MARTINS, P. C. R.; SOLDATELLI, M. M. Sexo e poder: uma reflexão histórica. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, v. IX, nº 1, p. 29-34, 1998.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80; a conformação da reforma Sanitária e a construção de hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1993, cap 1, p. 19-91.
- MINAYO, M. C. S. (org) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006, 9ª ed.
- MITCHELL, J. Modelos Familiares. In: CANEVACCI, M. (org.) *Dialética da Família*. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 257-273.
- MORAES, A. Direitos Humanos fundamentais e as constituições brasileiras, *Revista Digital de Ciências e Cultura do Programa de Pós-Graduação do CESUSC*, 1ª edição, Jul 2003. Disponível em <http://www.ecritico.cesusc.com.br/frset.php> Acesso em mar 2005.
- MORAES, M. C. B. Constituição e Direito Civil: tendências. *Direito, Estado e Sociedade*, Rio de Janeiro, PUC-RJ, n. 15, ago-dez 1999, p. 95-113.
- MORI, M. Fecundação assistida e liberdade de procriação. *Bioética*, Brasília, v. 9, nº 2, p. 57-70, 2001.
- MORI, M. The morality of assisted reproduction and genetic manipulation. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15 (sup. 1), p. 65-72, 1999.

- NDIAYE, B. W. Limitando a arbitrariedade do Estado. In: PINHEIRO, P. S.; GUIMARÃES, S. P. (orgs) *Direitos Humanos no Século XXI*. Brasília: IPRI - Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais Fundação Alexandre de Gusmão, 1998, p. 813-830
- NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (org) *Família Brasileira: a base de tudo*. Brasília: UNICEF/Cortez, 1994, cap. 2, p. 26-45.
- NITSCHKE, R. G. *Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos*. Pelotas: Ed. UFPEL. Florianópolis: UFSC, 1999.
- OLIVEIRA, F. *O “estado da arte” da Reprodução Humana Assistida em 2002*. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, 2002.
- OLIVEIRA, F. *Bioética – Uma face da cidadania*. São Paulo: Ed. Moderna, 2004a.
- OLIVEIRA, F. *Engenharia genética – o sétimo dia da criação*. São Paulo: Ed. Moderna, 2004b.
- OLIVEIRA, R. D. Direitos das Mulheres, Direitos Humanos. In: PINHEIRO, P. S.; GUIMARÃES, S. P. (orgs) *Direitos Humanos no Século XXI*. Brasília: IPRI - Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais Fundação Alexandre de Gusmão, 1998, p. 987-1004.
- PALUDO, A. C. Bioética e Direito: procriação artificial, dilemas ético-jurídicos. *Jus Navigandi*, Teresina, nº 52, ano 6, nov 2001. Disponível em: <http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=2333> Acesso em: 15 abril 2005.
- PASSOS, M. C. Família: o que muda e o que permanece em diferentes configurações. *Cadernos de Psicologia*, Belo Horizonte, v.12, nº 1, p. 31-43, dez 2002.
- PEREIRA JUNIOR, J. T. Judiciário e Direitos Humanos no Século XXI. In: PINHEIRO, P. S.; GUIMARÃES, S. P. (orgs) *Direitos Humanos no Século XXI*. Brasília: IPRI - Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais Fundação Alexandre de Gusmão, 1998, p. 813-830
- PISCITELI, A. Nas fronteiras do natural: gênero e parentesco. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v.6, nº 2, p.305-321, 1998.
- PINHEIRO, P. S.; GUIMARÃES, S. P. (orgs) *Direitos Humanos no Século XXI*. Brasília: IPRI - Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais Fundação Alexandre de Gusmão, 1998.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- PORTER, R. História do Corpo. In: BURKE, P. (org) *A escrita da história – novas perspectivas*. São Paulo: Ed. UNESP, 1992, cap.10, p. 291-326.
- PRADO, D. *O que é família*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985.
- PRINS, B.; MEIJER, I. C. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.10, nº 1, p.155-167, 2002.
- RABINOW, P. Artificialidade e Iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. In: RABINOW, P. *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999, cap.7, p.135-157.
- RAWS, J. *Justiça como equidade*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

- REZENDE, R. Doutores da Agonia. *Superinteressante*, São Paulo, abril 2006, n.225, p.52-61.
- ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; ROS, M. A. (orgs) *A saúde em debate na educação física*. V.2 Blumenau: Nova Letra, 2006.
- SEGALEN, M. *Antropología histórica de la familia*. Madrid: Taurus Universitária, 1981.
- SEGRE, M.; SCHRAMM, F. R. Quem tem medo das (bio)tecnologias de reprodução assistida? *Bioética*, Brasília, v. 9, nº 2, p. 43-56, 2001.
- TAKASHIMA, G. M. K. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis – uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, S. M. (org) *Família Brasileira: a base de tudo*. Brasília: UNICEF/Cortez, 1994, cap. 5, p. 77-92.
- TAMANINI, M. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: bioética e controvérsias. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.12, nº 1, p.73-107, 2004.
- TARNOVSKI, F. L. Homoparentalidade à brasileira: paternidade homossexual em contextos relacionais. *Boletín Ciudadania Sexual*, Lima, ano 2, nº 8, 2004. Disponível em: <http://www.ciudadania sexual.org/boletin/b8/articulos.htm#1> Acesso em: 25 jun. 2004.
- TOURAINÉ, A. *Igualdade e diversidade – O sujeito democrático*. Bauru: EDUSC, 1998.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20 (sup. 2), p. 190-198, 2004.
- VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. *São Paulo em perspectiva*, São Paulo, v.17, n.1, p. 58-68, 2003.
- VIANNA, A.; LACERDA, P. *Direitos e políticas sexuais no Brasil - o panorama atual*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

APÊNDICE

- Artigo -

Artigo confeccionado para submissão a periódico científico.

DIREITO DE ACESSO AO SERVIÇO DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA
– DISCUSSÕES BIOÉTICAS –

Autoras:

Luciana Soares de Medeiros

Psicóloga (UERJ)

Mestre em Saúde Pública (UFSC)

Especializando-se em Psicologia Clínica – Gestalt-Terapia (Instituto Gestalten)

lsmedeiros@gmail.com

Marta Inez Machado Verdi

Enfermeira (UFSC)

Doutora em Enfermagem (UFSC/Università di Roma La Sapienza)

Professora e Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública –

PPGSP/UFSC

verdi@mbx1.ufsc.br

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA - PPGSP-UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Campus Universitário – Trindade

Florianópolis – SC

CEP 88040-970

Tel.: (048) 3331-9847 - FAX.: (048) 3331-9542

DIREITO DE ACESSO AO SERVIÇO DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

– DISCUSSÕES BIOÉTICAS –

RESUMO:

Este artigo resume estudo que teve como objetivo avaliar como se configura o Direito de Acesso ao Serviço de Reprodução Humana Assistida (RHA). A pesquisa documental foi realizada em fontes oficiais do Governo Federal. A partir dos critérios da Análise de Conteúdo foram analisados 6 Projetos de Lei e 1 Portaria, separados em 3 áreas temáticas: Acesso a quê?; Acesso para quem?; e Condições e critérios de acesso; reveladoras dos núcleos de sentido aqui analisados. A pesquisa revelou que o direito de acesso presente nos documentos oficiais é excludente, restritivo, e moralmente induzido por uma categoria profissional e suas arbitrariedades. A articulação com os referenciais da Bioética Cotidiana foi relevante para trabalharmos as visões de família que se fazem legitimadas através dessas propostas de regulamentação, assim como as questões éticas intrínsecas à formulação dos próprios textos destas. Os textos nos remetem à noção de família tradicional, nuclear e patriarcal, modelo este já não mais hegemônico em nossa sociedade, e social e juridicamente ultrapassado por novas concepções familiares que também reivindicam visibilidade e legitimidade pelo Estado. O estudo pretende ser mais uma possibilidade de reflexão sobre as questões que envolvem o direito de acesso ao serviço de RHA, partindo do olhar bioético.

PALAVRAS-CHAVE: Direito de Acesso; Reprodução Humana Assistida, Bioética Cotidiana; Serviço de Saúde.

ABSTRACT:

The objective of this study is to evaluate how is configured the Right of Access to the Assisted Human Reproduction Service (AHRS). It was developed through documentary research in official sources of the Brazilian Federal Government. From the criteria of the Analysis of Content were analyzed 1 Government directive and 6 Projects of Law. These had been separated in three thematic areas: Access to what?; Access to whom?; and Conditions and criteria of access; revealing nucleus of meaning that had been explored throughout the research. This revealed that the right of access in official documents is exclusive, restrictive, and morally induced by a professional category and its iniquities. The joint of these nucleus of meaning with the Everyday Bioethics was of extreme relevance to deal with the different kinds of family that are being legitimated through these proposals of regulation, as well as the ethical questions intrinsic to the formulation of these texts. These texts remit us to the idea of traditional, nuclear family, with strong patriarchal structure, model not anymore hegemonic in our society, and social and legally surpassed by new familiar conceptions that also demand visibility and legitimacy from the State. The study intends to be one more possibility of reflection about the questions that involve the right of access to the AHRS from the Everyday Bioethics issues.

KEYWORDS: Right of Access to the Health Service; Assisted Human Reproduction, Everyday Bioethics.

INTRODUÇÃO

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 possuía baixa mobilidade dos espermatozoides¹.

Embora as descobertas científicas confirmem a necessidade do contato do óvulo com o fluido seminal para que seja possível a fecundação em mamíferos, por outro lado permitem que a reprodução humana seja feita independentemente do ato sexual, possibilitando, assim, a emergência de novas configurações familiares, bastante visíveis na contemporaneidade. O grande “boom” no desenvolvimento da genética ocorre com a descoberta do DNA, e o complexo envolvimento entre reprodução e genética é ampliado^{2, 3}, suscitando discussões nos campos médico e legal, considerando que além de representar a inclusão de mais uma técnica médica, as Tecnologias Reprodutivas (TR’s) – contraceptivas ou conceptivas, e dentre estas especificamente as de Reprodução Humana Assistida (RHA) (em especial as técnicas de Inseminação artificial e Fertilização *In Vitro*) - estabelecem um momento de ruptura importante para a instituição “*família*”.

A destituição do vínculo entre reprodução e ato sexual acompanha as idéias de direitos de contracepção, escolhas livres de matrimônios e momentos para procriar ou não, assim como de rompimento do vínculo conjugal⁴. A possibilidade de formação de famílias com filhos fruto de processo de RHA se insere neste rol de rupturas do modelo de família tradicional⁵, não sendo mais “vista como organizada por normas ‘dadas’, mas, sim, fruto de contínuas negociações e acordos entre seus membros e, nesse sentido, sua duração no tempo depende da duração dos acordos”⁶.

Com a possibilidade de novas formações familiares, estas passam a exigir legitimidade pelo Estado, o que nos leva à necessidade de verificação do aparato legal que serve de suporte para estas novas famílias, em especial as advindas com as técnicas de RHA. No Brasil, o primeiro caso bem sucedido é exposto na mídia em 1984, e de lá para cá pouco se avançou no campo de dispositivos de regulação dos procedimentos técnicos. Somente em 1992 o Conselho Federal de Medicina (CFM) adota como norma uma resolução (Res. nº 1.358/92) visando estruturar e uniformizar os procedimentos de RHA, e embora neste momento o Sistema Único de Saúde (SUS) já tenha sido implantado (a partir de 1990 com as

Leis 8.080 e 8.142), ainda não se fala em inserção das técnicas nos serviços públicos disponíveis à população.

Em 1993 surge a primeira proposta de legislação, um tímido esforço aparentando reflexão com pouca profundidade sobre o que propõe, apenas reproduzindo o texto e visando transformar em lei a resolução do CFM. Este projeto, assim como outros, já está arquivado, mas boa parte dos PL's que foram surgindo nos últimos 13 anos ainda encontra-se em tramitação.

Deste cenário, surge a inquietação que move o estudo de onde se origina o presente artigo: perceber como se configura o aparato regulador das técnicas de RHA no serviço público de saúde, e o que se revela através das características expostas sobre o direito de acesso à este serviço. A inquietação inicial nos leva à pergunta que norteia a pesquisa: “Quais as implicações éticas relativas ao direito de acesso ao serviço de RHA reveladas a partir da configuração deste direito em documentos oficiais e publicações parlamentares?”. Analisar estas implicações éticas a partir do referencial da Bioética Cotidiana é o **objetivo** deste estudo.

METODOLOGIA

A proposta deste trabalho é de um estudo qualitativo, descritivo. Como técnica de pesquisa de documentação indireta, para se levantar dados sobre o campo de interesse, foi utilizada a pesquisa documental. As fontes primárias, ou documentos – onde foi coletado o material para análise – foram os Arquivos Públicos Nacionais em suas formas impressa (publicações oficiais) e digital (via Internet), em especial: Imprensa Nacional <http://www.in.gov.br>; Câmara dos deputados <http://www.camara.gov.br>; Senado Federal <http://www.senado.gov.br>; Ministério da Saúde <http://www.saude.gov.br>. Na etapa final, compuseram o “corpus” de análise a Portaria/MS (PRT/MS) 426/05 e o Projeto de Lei (PL) 1.184/03 com seus apensos: PL 2.855/97, PL 4.665/01, PL 1.135/03, PL 2.061/03 e PL 5.624/05.

Os conteúdos analisados foram organizados e trabalhados de acordo com a Análise de Conteúdo proposta por Bardin⁷. Operacionalmente, o material foi lido para que os dados fossem ordenados, e em seguida classificados a partir da consideração de sua relevância, sendo então agrupados em 3 (três) grandes áreas temáticas – Acesso a quê?; Acesso para quem?; e Condições e critérios de acesso – e em seguida transformados em categorias

específicas de onde foram retirados os núcleos de sentido que serão neste artigo explicitados, que na etapa final de análise foram articulados aos referenciais teóricos da Bioética Cotidiana, de forma a responder às questões da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ética médica como lei federal e indiscriminação de termos abafando sentidos

Dos documentos componentes de nosso “corpus” de análise, apenas um não é um Projeto de Lei, a PRT/MS 426/05. Os demais são PL’s oriundos de um mesmo documento base: a Resolução 1.358/92 do CFM - Conselho Federal de Medicina. Salvo mínimas alterações no texto da Resolução do CFM, o PL 3.638/93 (primeiro da série de PL’s que versam sobre Reprodução Humana Assistida) é uma cópia do mesmo. Apesar de não compor o corpus de análise por não estar mais sendo objeto de avaliação para transformar-se em uma lei federal, seu texto serve de base para os PL’s que o sucedem, e embora outros PL’s não possam ser também considerados cópias deste, o tem como base para sugerirem alterações.

Neste sentido, entramos no primeiro ponto a ser discutido nesta seção: o documento do CFM é um normativo da categoria médica, e como tal cabe somente à esta categoria avaliá-lo e estabelecer sua pertinência ou não dentro do contexto de suas práticas. Transformá-lo em base de um PL não seria, então, transformar as moralidades de uma categoria profissional em Lei Federal? Seria a categoria médica, assim, a única instância social a ter capacidade e, com esta, poder de definir os critérios para acessar o serviço de RHA, ainda aqui independente de ser no SUS ou no setor privado?

Considerando estes questionamentos, podemos nos remeter à própria constituição da medicina e dos médicos enquanto categoria, arraigada por um paternalismo que tem no princípio bioético da Beneficência sua coluna de sustentação. Ordenados pelo juramento hipocrático, crêem ser capazes de fazer o bem ao outro, a partir de sua própria avaliação profissional do que seja este bem, a despeito do que este outro que irá receber o bem formula a respeito de tal ato⁸.

A beneficência refere-se a uma “ação realizada em benefício de outros”⁹, e seu princípio refere-se à “obrigação moral de agir em benefício de outros”⁹. No âmbito da prática médica, a beneficência é tomada como reguladora desta prática, e aqui é entendida como sendo uma beneficência específica desta categoria, o que significa que o médico tem então a “obrigação” de ajudar o outro, este é assim o objetivo, o fundamento e a justificação para suas

práticas. Nesta linha de pensamento, então, a beneficência passa a servir de sustentação para que a assistência em saúde em geral, e a classe médica em particular, se apoiem em seus próprios julgamentos para definir as necessidades e os tratamentos de seus pacientes.

Contudo, as mudanças nos contextos sociais mundiais vão alterando a configuração também do que se compreende como prática médica⁸ pois passam a inserir em suas discussões o direito de liberdade de escolha dos indivíduos, chocando então a visão paternalista com a visão de direito de autonomia. Este debate não deve ser simplificado à contraposição Beneficência X Respeito à Autonomia, mas sim sob um prisma conciliatório dos dois princípios, considerando que o primeiro “fornece a meta e o fundamento primordiais da medicina e da assistência à saúde, enquanto o respeito à autonomia [...] estabelece os limites morais das ações dos profissionais ao buscar essa meta”⁹.

Agregando à esta discussão, o cumprimento dos acordos estabelecidos pelos Estados para respeito aos direitos fundamentais dos indivíduos¹⁰, estaria assim também o Estado brasileiro respeitando estas Declarações de Direitos Humanos ao colocar um limite ao ato médico de interferir na vida privada através de uma Lei Federal. Dessa forma, um propósito de transformação de normativas éticas da classe médica em lei se contrapõe não somente ao próprio princípio bioético de beneficência, mas também à noção de autonomia associada à este princípio, que se entende aqui como liberdade de escolha, no olhar da Bioética Cotidiana, e que atende ao respeito à dignidade inerente à condição humana, postulado pelos Direitos Humanos Universais já proclamados desde 1948.

Em outro sentido, também torna a categoria médica pesando sobre os indivíduos com a mesma força que a Igreja sempre se mostrou presente na formulação do nosso Estado, ainda que este se pretenda laico. A Igreja não se afasta desta discussão, tendo dentro dos membros do poder legislativo seus representantes, presentes nos debates sobre os termos contidos nos PL's específicos sobre RHA, assim como nas comissões por onde o mesmo passa durante o processo legislativo. Aqui, misturam-se os espaços de visões religiosas, médicas e de formulação de regulação para toda a população.

Discutir a prevalência de um olhar sobre o outro é algo difícil, complexo, pois como coloca Berlinguer² embora cada um tenha “valores e interesses diferentes”, estes não se anulam, “pois podem todos apresentar suas justificativas”, e todas legítimas. Entretanto, tratando-se de olhar sob a ótica da regulação de um Estado sobre seus cidadãos, o que deve prevalecer nesta discussão ao se compreender a formulação de uma legislação: os princípios de universalidade e respeito aos direitos fundamentais dos cidadãos, acordado pelo Estado ao se comprometer com o cumprimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ou a

incidência de perspectivas religiosas ou corporativistas sobre a formulação de políticas e normativas para estes mesmos cidadãos, não importando se fazem eles parte ou não destas instâncias?

Nestes documentos temos ainda outro ponto a avaliar a partir da questão da cópia direta do texto do CFM: os PL's subsequentes ao de 93 apresentam algumas variações em seus corpos de texto mas chama-nos atenção a aparente falta de clareza técnica por parte do legislador sobre o que está propondo. Embora esta inferência possa causar algum estranhamento, ela se faz notar a partir da leitura dos PL's em seqüência. Os termos são por vezes copiados e reproduzidos ao longo das proposições, e embora alguns dos propositores façam parte da classe médica, demonstram não ter sempre coerência sobre o que estão propondo. O texto que pretende tornar-se Lei deveria ser constituído com a clareza do que se está propondo regular e no caso de, por exemplo, tratar de RHA de uma forma geral e em seguida reduzir seu acesso a uma determinada técnica, não faz com que o PL atinja seu objetivo, o de regular a área de RHA, assim como abre espaço para discussões sobre as técnicas não inseridas na regulamentação.

Convém ressaltar que a não existência de regulamentação das práticas a respeito da RHA permite que arbitrariedades pautadas em valores morais interfiram no processo de determinação do direito de acesso à estas técnicas, o que demanda que pessoas capacitadas a discutir o assunto se insiram na confecção de proposições legislativas¹¹. Quanto a isto, não há aqui a crença de ser necessária a supremacia do saber médico para formular este tipo de proposta, muito pelo contrário. Cremos que esta é sim de grande valor para a confecção de um texto coerente com as reais dimensões técnicas dentro do que se propõe regulamentar, mas não é a única possibilidade de reflexão, podendo então ser congregados diferentes saberes neste mesmo documento. Contudo, parece-nos que as produções já existentes não encontraram ainda eco dentro dos representantes da sociedade no poder legislativo, o que infelizmente caracteriza uma “lacuna ética significativa, já que, no processo de elaboração, a prioridade esteve direcionada a consultores da área técnica, em detrimento de outros grupos envolvidos”¹².

Outro ponto importante usado de forma indiscriminada reporta-nos ao termo infertilidade. A presunção de direito de acesso é dada a quem de início é considerado infértil, sendo este termo considerado estritamente um conceito biomédico. Assentam-se as propostas de legislação, e também a PRT/MS 426/05 que já instala a Política de Atenção Integral à RHA no SUS, à noção de infertilidade medicamente comprovada, ou seja, a dificuldade, ou impossibilidade de procriar. Não há, contudo, expansão deste termo além do sentido médico.

Usado em seu sentido estreito, fica na mão do médico novamente o poder de definição de quem tem direito a acessar o serviço, e traz-nos um ponto de discussão interessante, ao pensarmos que aqui, exceto na PRT/MS 426/05, mulheres solteiras podem ter acesso ao serviço, desde que comprovadamente inférteis. Este conceito engloba também o de esterilidade, enquanto uma forma de infertilidade orgânica ou medicamente produzida.

Ainda que por uma causa estrita de infertilidade, o acesso permitido à mulher solteira parece um pequeno esforço em reconhecer um tipo de entidade familiar bastante presente na nossa sociedade contemporânea, as monoparentais, contudo, o primeiro olhar pode ser descoberto como não tão ampliador assim, pois não há incorporação do homem solteiro como detentor desse mesmo direito¹³. Se expandirmos nossa visão sobre a definição de infertilidade, entendendo-a simplesmente como uma ausência de filhos por motivos indesejados, podemos incorporar à noção de elegível para ter o direito de acesso às técnicas, toda pessoa que não tenha filhos e não necessariamente possua problemas clínicos de infertilidade, ou seja, mulheres solteiras não-inférteis, homossexuais, casais sem diagnóstico de infertilidade, mas que não conseguem ter seus filhos, dentre outras possibilidades que revelam novas formas de se configurar o que entendemos por família, conforme discutiremos a seguir.

A intervenção na mulher e a emergência de configurações familiares diversas.

A mulher é foco da intervenção médica no tocante às tecnologias de RHA, entretanto a presença do homem se faz indispensável, tanto para a fecundação, como para a permissão a que essa mulher se torne de fato objeto da intervenção. Tendo-se em vista que se ela não é solteira, necessita do consentimento do parceiro para tornar-se detentora de um direito já discutido aqui como inerente à condição humana, concordamos com Diniz e Costa¹⁴ quando as autoras refletem sobre o papel do homem neste processo, nos trazendo que

na verdade, é a ideologia naturalista da reprodução pautada na heterossexualidade que é protegida pelas tecnologias conceptivas ao requerer a presença masculina na reprodução. A exigência moral é do cumprimento das convenções de gênero assentadas no discurso sobre o natural, em que assim como óvulos e espermatozoides são necessários à fecundação, mulheres e homens à reprodução social.

Além disso, com a possibilidade de interdição da mulher pelo parceiro, voltamos aqui a uma noção de sociedade patriarcal, fundada no papel social do homem como primordial, e como palavra final nas relações homem-mulher, além de destoar dos princípios

contidos na própria lei de planejamento familiar, onde a igualdade de direitos se expressa neste campo⁶. Que igualdade se revela ao tornar um dos indivíduos em certo sentido “limitado” pelo outro? Se direitos e deveres não são de fato expressos como podendo ser exercidos igualmente, ferimos aqui os princípios constitucionais, e também os dispostos na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paradoxalmente, conferir ao homem o direito de negar-se a uma paternidade talvez não desejada por ele, é perfeitamente legítimo, dando dessa forma voz a todas as partes envolvidas da relação familiar em questão.

Neste processo de medicalização do acesso à maternidade a mulher é percebida como tendo o papel inato de procriadora, não sendo dada a atenção devida às novas configurações de seu papel na sociedade. Este dado é reforçado por Berlinguer² quando comenta que “no passado, a procriação sem intervalos, da puberdade à menopausa [...], constituía para a mulher um dos principais empecilhos para o seu pleno desenvolvimento como sujeito humano em todas as várias dimensões”. O mesmo autor também coloca em debate não somente a questão de ampliação da liberdade de escolha sobre como procriar, promovida pelos adventos das tecnologias reprodutivas, mas também sobre a crescente dependência corporal de uma “medicina altamente invasiva, a qual privilegia o remédio rápido e técnico”². Este remédio rápido e técnico vem também permeado de valores morais, e embora torne o corpo – primordialmente o feminino – dependente da tecnologia, o faz para reforçar valores sociais tradicionais não mais hegemônicos, pois já dividem espaço na sociedade com novas formulações dos papéis de homem e mulher, assim com da visão de família contemporânea.

Quando nesta reflexão nos deparamos com a família, pano de fundo e conceito presente em todo o processo de discussão aqui estabelecido, a análise dos PL’s nos evidencia um modelo familiar específico sendo legitimado: o modelo nuclear, trazendo de volta seus requintes históricos, com o poder do pai sobre o restante da família, o papel da mulher como procriadora inata, a família monogâmica, procriativa, centrada nos filhos como razão de existência enquanto instituição. Além destes detalhes, a família reforçada aqui é o padrão da família heterossexual, elegendo como possíveis usuários das TRs os casais e mulheres inférteis”¹².

Esta disposição se deve também à não inserção do homem solteiro como foco de discussão, deixando-o de lado não somente na questão de direitos fundamentais sobre acesso a serviço e escolhas de formas de procriação, mas também negando a possibilidade de existência de famílias monoparentais formadas por eles. A discussão sobre a possibilidade ou negação da gestação de substituição é um ponto dentro dos documentos analisados que

merece maiores aprofundamentos em posteriores propostas de trabalho, em face de encerrarem controvérsias religiosas e morais em um tema que acaba por negar um direito inerente ao homem, assim como também nega a existência de uma possibilidade de formação familiar já disposta na própria Constituição Federal como legítima, privilegiando a formação tradicional de família.

Neste aspecto de constituição de leis, Berlinguer² também nos permite pensar sobre a complexidade de formulação de regulações de uma sociedade, quando postula que

as leis devem refletir e, em certa medida, orientar uma sociedade pluralista, que seja baseada no inseparável binômio liberdade/responsabilidade, e assim não podem estabelecer vínculos, que não apresentem um fundamento racional demonstrado, como a idéia de que a derivação genética direta de dois genitores legalmente unidos seja a única que pode dar felicidade aos filhos. O Estado, todavia, não pode limitar-se a declarar lícito tudo aquilo que as ciências biomédicas tornam factível, ou a registrar a existência de diversas 'comunidades morais', como sustenta H. T. Engelhardt, que sejam autônomas entre elas e dotadas cada uma de regras próprias.

Já discutimos até aqui a não percepção das formações familiares monoparentais masculinas como aceitas, sendo somente a feminina uma possibilidade concreta, o que está diretamente articulado com a noção de reprodução como capacidade natural e final da mulher. Entretanto, se a formação monoparental feminina é algo indicado como aceitável pela sociedade, e legitimado também via RHA, abre-se o espaço para também a monoparentalidade masculina reivindicar sua legitimidade, possibilitada somente via gestação de substituição¹⁵.

Não somente esta possível formação familiar é excluída, mas também as possibilidades de vínculo conjugal homossexual tornam-se não passíveis de enquadramento no que se refere aos prováveis detentores do direito de acesso ao serviço de RHA. As propostas legislativas parecem querer cegar-se diante das transformações do modelo de família já visíveis na nossa sociedade, e a Portaria que institui no SUS um programa concreto de trabalho em cima das questões de RHA, reduz essa família à composta pelo casal infértil. Dessa forma, concordamos com Diniz e Costa¹⁴ quando consideram que “as tecnologias conceptivas vêm se constituindo em um campo garantidor da ideologia naturalista e da moral heterossexual para a constituição de famílias e exercício da parentalidade, valores expressos na categoria casal infértil”.

Conforme já exposto, sendo a formação familiar um direito fundamental de livre escolha do indivíduo^{2, 16, 17}, podemos dizer também que esta escolha já se percebe de início comprometida, diante da não possibilidade de todos serem entendidos como legítimos

detentores do direito de acesso ao serviço específico de RHA. E ainda, não somente é aqui legitimado pela sociedade o modelo tradicional, nuclear de família, como também se pode compreender que os casais enquadrados como detentores desse direito de acesso, antes de terem efetivamente realizado a aplicação das técnicas, não se encaixavam no modelo familiar aceito, somente conseguindo este intento através da intervenção da ciência, ou seja, a prática médica proporcionaria a “adequação social” de pessoas que antes não estavam completamente inseridas nos critérios de família aceitáveis e legitimados pelo Estado.

A família aceita a partir dos documentos analisados é não somente a família nuclear, mas a família nuclear medicamente constituída - ou reparada, se entendermos como uma reparação o ato médico de “tornar fértil” o casal infértil – pois podemos dizer que “de condição social, a infertilidade tornou-se um quadro clínico passível de ser controlado pela ciência”¹⁵.

Medicalização definindo o direito de acesso

Servindo de sustentação para todos os pontos de discussão aqui expostos, temos a palavra do médico como decisiva em todo o processo de acesso às técnicas, desde a definição de quem pode acessar o serviço, até os detalhes internos do processo de aplicação das mesmas. Helman¹⁸ nos coloca que o conceito de medicalização consiste na apropriação pela área médica de questões e problemas que não eram anteriormente definidos como parte de sua jurisdição. Com a decisão sobre todo o processo dentro da RHA sendo colocada na mão do médico e seu saber, o Estado outorga esta categoria como sua legítima representante.

Mais uma vez nos vemos diante desta relação complexa, onde por vezes parece-nos difícil perceber onde estas duas instâncias se diferenciam. Não temos aqui dúvida quanto ao prestígio que a classe médica e seu saber gozam em nossa sociedade. Os avanços tecnológicos, por sua vez, só fazem aumentar este prestígio, entretanto, será que este mesmo prestígio é suficiente para garantir ao saber médico o poder de decisão sobre o processo de construção de uma proposta de regulamentação sobre a RHA? E, ainda, tem o saber médico o direito de isoladamente definir quem está apto ou não a ter acesso ao serviço? Compreendemos que a elaboração de propostas que visem regulamentar qualquer prática, seja ela no campo da saúde ou não, é algo árduo e não simplificado, e não somente no Brasil este debate legislativo se dá de forma difícil, tendo-se em vista que regular este acesso incide em questões “centrais de nossa vida social e familiar”¹³.

Ao Estado cabe conjugar princípios universais, sem com isso impedir a existência e expressão de direitos individuais; ao mesmo tempo, deve ele também fornecer às suas pessoas os “benefícios advindos de áreas que ele mesmo dá especial proteção”¹⁹ e estímulo ao desenvolvimento. Contudo, estando este mesmo Estado dando ao médico o poder de decisão sobre o acesso a um serviço destinado à toda uma população, não estaria ele não apenas destinando a um saber socialmente constituído o papel de legislador (que cabe à ele) - como se assim ele se eximisse de qualquer responsabilidade sobre a temática - mas também produzindo mais uma via de interferência (pelas mãos da medicina) nas vidas privadas, excluindo o indivíduo do direito de decidir sobre suas próprias questões fundamentais?

Além disso, deve-se comprovar também tentativas exaustivas e mal sucedidas por outros métodos, e considerando que para a Organização Mundial de Saúde “a infertilidade é a incapacidade que um casal tem de conceber após um ano de relacionamento sexual sem uso de medidas contraceptivas”²⁰, se restringirmos o sentido de infertilidade apenas como problema médico, e como tal solucionado via tecnologias reprodutivas, não serão colocadas em discussão no acesso a serviços de saúde as possibilidades de tratamento de causas de infertilidade que “podem ser prevenidas, como doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), poluição, pobreza, trabalho insalubre, aditivos químicos, hormônios, dispositivo intra-uterino (DIU), infecção pós-parto e esterilização precoce de mulheres”²¹, que teriam um impacto mais abrangente do que as técnicas de RHA em si.

A não consideração deste direito de definição da própria procriação como direito fundamental encontra-se associada à não consideração da liberdade de escolha dos indivíduos como presente também neste aspecto procriativo. A liberdade de procriar, entendida como uma liberdade positiva²² compreende a idéia de o indivíduo ter seus filhos quando decide tê-los, o que se choca com a noção de controle médico como primordial para o direito de acessar uma das formas de se colocar esta liberdade positiva em prática.

Na mesma direção, Berlinguer² vai um pouco mais adiante, quando nos relembra que a procriação é enormemente associada à religião, e assim, à sua visão de procriar como um dever, dentro de seu conceito de família. Continua este autor ampliando a discussão quando pondera que compreender a procriação enquanto algo passível de associação à liberdade de escolha dos indivíduos, é considerá-la não mais um dever, não mais uma obrigação, como nos ditames religiosos, mas sim uma face da liberdade de escolha, que implica também a liberdade de não procriar.

O referido autor² considera complexa a associação da liberdade de procriação como encerrando também direitos de procriação, ponderando que as expressões autônomas dos

indivíduos podem ser distorcidas pelas leis e intervenções do Estado. Sua postulação é o que de fato encontramos diante da análise dos documentos aqui apresentados, sendo evidenciado como um tema controverso, quando necessita ao mesmo tempo estabelecer os direitos de acesso à RHA sem com isso desconsiderar algum aspecto das liberdades e expressões individuais. Nesta discussão, transformar o direito de acesso em algo dificultado por um determinado critério definido por apenas uma categoria profissional, sem levar em conta os próprios indivíduos objeto de intervenção, nos remete de volta à visão paternalista já aqui discutida, e nos revela um intenso controle dos corpos em questão, em especial o corpo da mulher. Sobre esta visão de quem é elegível para acessar as técnicas de RHA, Diniz e Costa¹⁴ reforçam que

foi somente com o início do debate legislativo em diferentes países latino-americanos que o tema da elegibilidade foi seriamente enfrentado como uma das questões centrais à regulamentação do uso e acesso às tecnologias. Nesta passagem de um tema médico para a uma questão política, o foco das atenções também se modificou. Se nos anos 1990, a grande questão em torno das tecnologias reprodutivas era sobre a biossegurança dos procedimentos, nos anos 2000, a controvérsia é eminentemente moral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto neste trabalho, podemos considerar que a ciência proporciona através das tecnologias reprodutivas, em especial as de RHA, uma nova possibilidade de se constituir a família, considerada célula mínima da sociedade. Possibilitando que não apenas a adoção seja alternativa única, mas uma das opções possíveis para pessoas com impossibilidade de procriar, as técnicas de RHA representam um avanço. Mesmo não tendo sido constituídas a partir de um enquadramento correto dentro das questões éticas vigentes mundialmente para a pesquisa científica envolvendo seres humanos, tornam-se – em boa parte com a ajuda da mídia – objeto de reivindicação por parte da população diretamente afetada por ela, que passa a demandá-la enquanto um direito adquirido, um direito fundamental.

As técnicas possíveis são relativamente antigas, se comparadas ao tempo de aplicação em nosso país, e as discussões sobre sua regulamentação em termos de legislação são ainda mais recentes que sua inserção nas práticas médicas brasileiras. A vigência de uma normativa dentro da categoria médica é para esta um referencial de procedimentos éticos a seguir, entretanto, não é material suficiente para ser considerado único olhar sobre a questão.

Se por um lado a medicina nos proporciona este avanço, por outro lado a falta de legislação específica causa um risco aos médicos que as praticam, aos pacientes que destas técnicas se utilizam e aos filhos gerados por meio delas, uma vez que não havendo norma jurídica não há como pleitear e proteger direitos e deveres, o que torna imprescindível sua normatização de forma clara e responsável. Assim, apesar de a reprodução assistida ser uma realidade social e científica, a mesma não existe no mundo jurídico.²³

O desejo por filhos é retomado como forte função das formações familiares, desta vez extremamente biologizado e medicalizado. O Estado, enquanto omissivo na criação de uma lei própria, acaba por legitimar ao saber médico o papel de regulador destas práticas e, por conseguinte, deste reforço ao laço genético como primordial para as relações de parentesco.

Os esforços em propor projetos não variam desta primeira avaliação, e a prática tomada pelo governo especificamente no setor público de saúde restringe mais ainda este laço à consangüinidade e à nuclearidade da família. Não somente um retrocesso ético e legal, esta posição também nos permite pensar que as questões relativas à RHA ao não incorporarem o setor privado no campo de regulação, o deixam livre para autoregular-se, o que dificulta também um controle social efetivo neste setor. Além disto, ao restringir no setor público o acesso a casais com problemas medicamente comprovados de infertilidade, restringem neste setor o direito de acesso, tornando o desejo por filhos um objeto de consumo, disponível em suas mais variadas possibilidades somente aos que puderem por ele pagar¹².

Diante da complexidade da temática abordada, temos que uma regulamentação do uso das técnicas de RHA se faz necessária, em função de evitar não somente os abusos nos determinantes éticos envolvidos em seu processo, historicamente comprovados, como também na prevalência de arbitrariedades morais sobre os direitos fundamentais dos indivíduos². Embora caiba ao Estado formular leis que regulamentem as práticas, e que se disponham a fiscalizar as atividades já existentes, a intervenção de saberes e práticas nesta formulação se faz visível, em especial o saber médico.

Embora não acreditemos aqui que este saber deva ser desconsiderado, outros saberes – e estudos aprofundados provenientes destas áreas – já são reconhecidos dentro da temática das Novas Tecnologias Reprodutivas, em especial as de RHA, e podem e devem ser levados em conta quando da preparação de um documento que incidirá sobre toda uma população.

Neste aspecto, o documento que se encontra em vigência é ainda restritivo e discriminatório, voltando-se para uma formulação de família não mais hegemônica em nossa sociedade, mas que se torna legitimada e reforçada como a única sob proteção do Estado, ainda que este próprio tenha em suas bases Constitucionais o modelo monoparental como outra possibilidade. Este mesmo texto constitucional ainda é limitador das possibilidades de

configuração de família existentes em nossa sociedade, e estas têm ao longo dos últimos anos adquirido visibilidade e demandado respeito a seus direitos.

A formulação de uma legislação que incorpore o direito de acesso ao serviço pode e deve ser aprofundada e expandida, de forma que este direito possa ser caracterizado como subvertendo os padrões morais acima descritos¹⁵, e não apenas mantendo a ordem moral vigente, que não incorpora a variedade de possibilidades que os indivíduos possuem, e muitas vezes já colocam em prática, a despeito de respaldo legal para torná-las aceitas socialmente.

Destacamos aqui, que não somente o tema proposto neste trabalho é de articulação complexa, assim também parece ser o processo legislativo. Da aplicação das técnicas no país, em 1982, até a primeira articulação sobre a temática, na resolução do CFM em 1992, temos 10 (dez) anos no mínimo de defasagem. No ano seguinte, surge a primeira proposição legislativa, e de 1993 até hoje ainda não há uma legislação específica sobre a RHA no país. Além disso, a primeira efetivação destas técnicas sendo disponibilizadas no SUS só se dá em 2005, e ainda assim carregando uma visão de acesso restritivo e excludente, pois expressa uma concepção de família tradicional, religiosamente enraizada em nossa sociedade, como reconhecida pelo Estado.

Os projetos em tramitação permanecem arquivados, passam por comissões diversas, são reavaliados, mas não compreendem ainda um esforço suficiente para abarcar as demandas que se criam a partir da disponibilização das técnicas de RHA. A despeito dos 14 (quatorze) anos que separam o primeiro PL deste presente estudo, ponderamos se de fato não é melhor que sejam eles retirados mesmo de pauta, levados novamente à discussão pública, sendo melhor embasados, aprofundados e discutidos de modo interdisciplinar, por mais áreas do saber e da sociedade em geral, para somente a partir daí serem novamente levados a consideração dentro do processo legislativo.

Assim, consideramos que as leis (ou ainda mesmo os Projetos de Lei) que regulamentam o desejo por filhos, neste caso os adquiridos via RHA, necessitam ser mais embasadas, mais profundamente discutidas, tanto do lado técnico, proporcionado pelo saber médico, como pelas áreas de saberes e práticas presentes em nossa sociedade (como a bioética, a sociologia, os movimentos sociais, dentre outros), de forma que possam ser articuladas as diferentes visões sobre a temática, e não sejam limitados os esforços a noções arbitrárias, moralistas e restritivas.

Neste rol de saberes, a Bioética mostra-se bastante importante como espaço de reflexão, pois é fruto de uma sociedade democrática, e pretende direcionar suas reflexões para a “garantia da dignidade humana e dos direitos dos cidadãos enquanto usuários desses

serviços”²⁴ de saúde que especificamente aqui estamos tratando. Finalizando, o que se concebe como foco durante toda a trajetória deste trabalho, é a percepção de como se estruturam as discussões propiciadas a partir da configuração do objeto de estudo. Visamos aqui, a partir do olhar Bioético, contribuir para a ampliação das reflexões acerca do alcance e da garantia dos direitos fundamentais dos indivíduos, parte vital da composição do direito de cidadania, que é nada mais é do que a própria dimensão ética das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

1. DOSSIÊ REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2003.
2. BERLINGUER, G. *Bioética Cotidiana*. Brasília: Ed UNB, 2004.
3. GROSSI, M. P.; PORTO, R. M.; TAMANINI, M. (orgs.) *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. Brasília: Letras Livres, 2003.
4. LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 875-884, 2003.
5. NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (org) *Família Brasileira: a base de tudo*. Brasília: UNICEF/Cortez, 1994, cap. 2, p. 26-45.
6. CARVALHO, M. C. B. (org) *A família contemporânea em debate*. São Paulo: Cortez, 1997.
7. BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
8. DRUMOND, J. G. F. O princípio da beneficência na responsabilidade civil do médico. *Bioética*, n. 12, 2004, p. 159-167.
9. BEAUCHAMP, T. e CHILDRESS, J. F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
10. HOGEMANN, E. R. R. S. Direitos humanos: sobre a universalidade rumo ao Direito Internacional dos direitos Humanos. In: *Enciclopédia Digital de Direitos Humanos*, 2ª ed. Natal: Dhnet – Rede Direitos Humanos e Cultura. 2002, CD-ROM.
11. DINIZ, D.; COSTA, S. I. F. *Bioética – Ensaios*. Brasília: Letras Livres, 2001.
12. GUILHEM, D.; PRADO, M. M. Bioética, legislação e tecnologias reprodutivas. *Bioética*, Brasília, v. 9, nº 2, p.113-126, 2001.
13. DINIZ, D. Tecnologias reprodutivas conceptivas – o estado da arte do debate legislativo brasileiro. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, Rio de Janeiro, v.7, nº 3, nov/dez 2003, p. 10-19.
14. DINIZ, D.; COSTA, R. G. Infertilidade e Infecundidade: Acesso às Novas Tecnologias Conceptivas. *Série Anis 37*, Brasília, Letras Livres, p. 1-9, fev 2005.
15. DINIZ, D.; BUGLIONE, S. (orgs) *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do direito brasileiro*. Brasília: Letras Livres, 2002.

16. BUGLIONE, S. Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 5, n. 49, fev. 2001. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1855> Acesso em: 13 abr. 2007.
17. LOYOLA, M. A. (org) *Bioética, reprodução e gênero na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: ABEP. Brasília: Letras Livres, 2005.
18. HELMAN, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto alegre: Artmed, 2003, cap 6, p. 146-169.
19. PALUDO, A. C. Bioética e Direito: procriação artificial, dilemas ético-jurídicos. *Jus Navigandi*, Teresina, nº 52, ano 6, nov 2001. Disponível em: <http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=2333> Acesso em: 15 abril 2005.
20. OLIVEIRA, F. *Bioética – Uma face da cidadania*. São Paulo: Ed. Moderna, 2004.
21. BRAZ, M. Bioética e Reprodução Humana. In: SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. (orgs) *Bioética e Saúde - Novos tempos para mulheres e crianças?* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 169-194.
22. MORI, M. Fecundação assistida e liberdade de procriação. *Bioética*, Brasília, v. 9, nº 2, p. 57-70, 2001.
23. CLEMENTE, A. P. P. (org.) *Bioética no início da vida – Dilemas pensados de forma transdisciplinar*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2006.
24. FORTES, P. A. C. e ZOBOLI, E. L.C. P. (orgs) *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

(**L.S. Medeiros** trabalhou na concepção e execução da pesquisa e na redação do texto final;

M.I.M. Verdi trabalhou na supervisão da pesquisa e da redação final)

ANEXOS

ANEXO

A

ANEXO A - PORTARIA MS Nº 426, DE 22 DE MARÇO DE 2005.

Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando a necessidade de estruturar no Sistema Único de Saúde - SUS uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita atenção integral em reprodução humana assistida e melhoria do acesso a esse atendimento especializado;

Considerando que a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar;

Considerando que, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS e sociedades científicas, aproximadamente, 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida fértil, sendo que a infertilidade se define como a ausência de gravidez após 12 (doze) meses de relações sexuais regulares, sem uso de contracepção;

Considerando que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infecto-contagiosas, genéticas, entre outras;

Considerando a necessidade de estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários; e Considerando a necessidade de estabelecer os critérios mínimos para o credenciamento e a habilitação dos serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida na rede SUS, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Determinar que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar;

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças;

IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil;

V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização - PNH.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de que trata o artigo 1º desta Portaria, seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto;

II - Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro; e

III - Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial.

§ 1º A rede de atenção de Média e Alta Complexidade será composta por:

- a) serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida; e
- b) serviços de Assistência Especializada - SAE que são de referência em DST/HIV/Aids.

§ 2º Os componentes descritos no caput deste artigo devem ser organizados segundo o Plano Diretor de Regionalização - PDR de cada unidade federada e segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.

Art. 4º A regulamentação suplementar e complementar do disposto nesta Portaria ficará a cargo dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção em reprodução humana assistida.

§ 1º A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em reprodução humana assistida serão de competência das três esferas de governo.

§ 2º Os componentes do caput deste artigo deverão ser regulados por protocolos de conduta, de referência e de contra-referência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação.

Art. 5º A capacitação e a educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, deverão ser realizadas de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçadas nos pólos de educação permanente em saúde.

Art.6º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, que adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, ora instituída.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO B

ANEXO B - PROJETO DE LEI Nº 2855, DE 1997.

Dispõe sobre a utilização de técnicas de reprodução humana assistida, e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

TÍTULO I

Dos Princípios Gerais

Art 1º Esta lei regulamenta as técnicas e as condutas éticas sobre a Reprodução Humana Assistida (RHA): Inseminação Artificial (IA), Fecundação "In Vitro" (FJV), Transferência de pré-Embriões (TE), Transferência Intrabutária de Gametas (TIG) e outros métodos, observados os princípios da eficiência e da beneficência.

Art 2º As técnicas de RHA têm por finalidade a participação médica no processo de procriação notadamente ante a esterilidade ou infertilidade humana, quando outras terapêuticas tenham sido consideradas ineficazes.

Art 3º A utilização das técnicas de RHA é permitida nos casos em que haja possibilidade concreta de êxito e não incorra em risco grave para saúde da mulher ou para a possível descendência.

Art 4º Toda mulher capaz, independentemente de seu estado civil, poderá ser usuária das técnicas de RHA, desde que tenha solicitado e concordado livre e conscientemente em documento de consentimento informado.

Art 5º É obrigatória a informação completa à paciente ou casal sobre a técnica de RHA proposta, especialmente sobre dados jurídicos, éticos, econômicos, biológicos, detalhamento médico de procedimentos, os riscos e os resultados estatísticos obtidos no próprio serviço e em serviço de referência.

§ 1º A informação prevista no caput é condição prévia para a assinatura da paciente ou do casal de documento formal de consentimento informado escrito em formulário especial.

§ 2º A revogação do consentimento informado poderá ocorrer até o momento anterior à realização da técnica de RHA.

Art 6º É vedada a utilização de técnica de RHA com finalidade:

I - de clonagem, entendida como a reprodução idêntica do código genético de um ser humano;

II - de seleção de sexo ou de qualquer outra característica biológica;

III - eugênica.

Parágrafo único. A vedação prevista no inciso II deste artigo não se aplica nas situações em que se objetive prevenir doenças.

Art 7º É proibida a fecundação de oócitos com qualquer outra finalidade que não seja a procriação humana.

Art 8º A transferência de oócitos ou pré-embriões para receptora obedecerá aos métodos considerados mais adequado para assegurar a gravidez.

Art 9º Em caso de gravidez múltipla, não será permitida a redução seletiva, exceto se houver risco à vida da gestante.

TÍTULO II

Da doação e dos doadores

Art. 9 A doação de gametas ou pré-embriões será realizada mediante um contrato gratuito, escrito formal e de caráter sigiloso entre os serviços que empregam técnicas de RHA e os doadores, vedada qualquer forma de comercialização ou estímulo financeiro.

Parágrafo único. A quebra do sigilo sobre as condições dos doadores só será permitida em decorrência de motivação médica, podendo ser fornecidas informações exclusivamente para equipe responsável pelo caso, preservada a identidade civil do doador.

Art 10 A doação de gametas só poderá ser revogada por infertilidade sobrevinda e se o doador necessitar deles para procriação desde que ainda disponível no serviço médico.

Art 11 cabe ao serviço que emprega técnica de RHA a custódia dos dados de identidade do doador, que deverão ser repassados para os serviços de controle regional e nacional.

Parágrafo único. os serviços médicos de RHA ficam obrigados a colher amostra de material celular dos doadores, assim como manter registro dos seus dados clínicos e de suas características fenotípicas, que serão permanentemente arquivados.

Art 12 O doador deve ser civilmente capaz e ter comprovadamente descartada qualquer possibilidade de transmissão de doenças, especialmente as hereditárias.

Art 13 O serviço médico que emprega técnica de RHA fica responsável por impedir que de um mesmo doador nasça mais de 2 filhos, num mesmo Estado, devendo, para tanto, manter registro das gestações.

Art 14 A escolha do doador, para efeito de reprodução assistida, é de responsabilidade do serviço médico, que deverá zelar para que as características fenotípicas e imunológicas se aproximem ao máximo da receptora.

TÍTULO III

Da gestação de substituição**Art 15** A gestação de substituição é permitida nos casos em que a futura mãe legal, por defeito congênito ou adquirido, não possa desenvolvê-la.

Art 16 A doação temporária do útero não poderá ter objetivo comercial ou lucrativo.

Art 17 É indispensável a autorização do Conselho Nacional de RHA para a doação temporária do útero, salvo nos casos em que a doadora seja parente até 42 grau, consanguíneo ou afim da futura mãe legal.

TÍTULO IV

Dos pais e dos filhos

Art 18 A filiação dos nascidos por RHA rege-se pelo disposto nesta lei e pela legislação que disciplina a filiação em geral.

Art 19 Fica vedada a inscrição na certidão de nascimento de qualquer observação sobre a condição genética do filho nascido por técnica de RHA.

Art 20 O registro civil não poderá ser questionado sob a alegação do filho ter nascido em decorrência da utilização de técnica de RHA.

Art 21 A revelação da identidade do doador, no caso previsto no parágrafo único do artigo 9º, parágrafo único, desta lei, não será motivo para determinação de nova filiação.

Art 22 É vedado o reconhecimento da paternidade, ou qualquer relação jurídica, no caso de morte de esposo ou companheiro anterior à utilização médica de alguma técnica de RHA, ressalvados os casos de manifestação prévia e expressa do casal.

TÍTULO V

Da Crioconservação

Art 23 Os serviços médicos especializados em RHA poderão crioconservar gametas e pré-embriões.

Art 24 Os pré-embriões não utilizados a fresco serão crioconservados nos bancos autorizados, por até cinco anos, salvo manifestação em contrário do casal responsável.

Art 25 Após cinco anos, os gametas ou pré-embriões ficarão à disposição dos bancos correspondentes, que deverão descartá-los salvo para ser utilizado em experimentação, observado o disposto no Título VII desta lei.

Art 26 O casal manifestará por escrito o destino que se dará aos pré-embriões a serem crioconservados, em caso de morte de um dos pais ou de separação.

Art 27 Os pré-embriões em que sejam detectadas alterações genéticas que comprovadamente venham comprometer a vida saudável da descendência serão descartados após consentimento do casal.

TÍTULO VI

Do Diagnóstico e do Tratamento

Art 28 Toda intervenção sobre pré-embrião "in vitro" deve ter a exclusiva finalidade de fazer uma avaliação de sua viabilidade, detecção de doenças hereditárias, com o fim de tratá-las ou impedir sua transmissão, condicionada ao prévio consentimento informado do casal.

Art 29 O diagnóstico e o tratamento de pré-embriões e de embriões não poderão ser objetivos de seleção eugênica.

Art 30 O tempo máximo de desenvolvimento de pré-embriões "in vitro" será de 14 dias.

Parágrafo único. O Conselho Nacional de RHA adotará as atualizações que se fizerem necessárias, caso surjam modificações cientificamente comprovadas.

TÍTULO VII

Da investigação e experimentação

Art 31 Os gametas humanos poderão ser objeto de investigação básica ou experimental, exclusivamente para fins de aperfeiçoamento das técnicas de obtenção, amadurecimento de oócitos e crioconservação de óvulos.

§ 1º Os gametas usados na investigação ou experimentação não poderão ter por finalidade a procriação.

§ 2º Nas investigações previstas no caput deste artigo, permite-se, no máximo, até duas divisões celulares.

Art 32 A investigação ou experimentação em pré-embriões depende de consentimento dos doadores, do deferimento do Conselho Nacional de RHA e de apresentação prévia de projetos ou protocolos que comprovem seu caráter exclusivamente diagnóstico, terapêutico ou preventivo.

Parágrafo único. Não será permitida alteração do patrimônio genético não patológico.

Art 33 A investigação ou experimentação em gametas humanos ou pré-embriões deve se enquadrar nas seguintes finalidades:

I - aperfeiçoar as técnicas de RHA e manipulações complementares, a crioconservação, o descongelamento, o transporte, os critérios de viabilidade de pré-embriões obtidos "in vitro" e a cronologia ótima para as transferências ao útero.

II - desenvolver estudos básicos sobre origem da vida humana, suas fases iniciais, envelhecimento celular, divisão celular, diferenciação, organização celular e desenvolvimento orgânico.

III - estudar a fertilidade e infertilidade masculina ou feminina. ovulação. fracasso no desenvolvimento de oócitos, as anomalias dos gametas ou dos óvulos fecundados;

IV - conhecer a estrutura dos genes, cromossomos dos processos de diferenciação celular, a contracepção ou anticoncepção conhecidas e a infertilidade de causa imunológica e hormonal;

V - conhecer a origem do câncer e das enfermidades genéticas hereditárias.

Art 34 Os pré-embriões ou embriões abortados serão considerados mortos ou não viáveis, sendo vedada sua transferência novamente ao útero, permitida sua utilização como objeto de investigação ou experimentação, atendido o disposto no artigo anterior.

§ 1º É permitida a utilização de pré-embriões ou embriões humanos não viáveis para fins farmacêutico, de diagnóstico, terapêutico ou científico, desde que previamente deferida pela Comissão Nacional de RHA.

§ 2º Os protocolos ou projetos de experimentação em que sejam utilizados pré-embriões humanos não viáveis "in vitro" deverão estar devidamente documentado sobre o material embriológico a ser utilizado, procedência, prazos e objetivos que desejam observar. Concluído o experimento, deverá ser encaminhada cópia do trabalho à Comissão de RA para fins de comprovação e arquivo.

TÍTULO VIII

Dos serviços médicos em R H e das equipes biomédicas

Art 35 Os profissionais e serviços que realizam técnicas de RHA, assim como bancos de recepção, conservação, distribuição de material biológico humano, além de se submeterem às normas éticas dos respectivos conselhos. sujeitam-se ao disposto nesta lei e demais dispositivos legais vigentes.

Art 36 O nível técnico dos profissionais será avaliado pelos seus respectivos Conselhos.

Art 37 Fica criada a Comissão Nacional de RHA vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, de caráter permanente, destinada à orientação das técnicas, elaboração de critérios de funcionamento dos serviços públicos e privados de reprodução humana assistida e suas competências.

§ 1º A Comissão terá funções delegadas para autorizar projetos com propósitos de investigação e pesquisa de diagnóstico e terapêuticos.

§ 2º A composição da Comissão deve atender representação social paritária.

§ 3º A Comissão Nacional aprovará seu próprio regulamento interno.

§ 4º Os demais casos que envolvam técnica de RHA, não previstos nesta lei, serão submetidos ao Conselho Nacional de RHA.

TÍTULO IX

Das infrações e das sanções

Art 38 Fecundar óvulos com finalidade distinta da procriação humana.

Pena: reclusão, de 1(um) a 3 (três) anos, e multa.

Art 39 Obter pré-embriões humanos por lavado uterino para qualquer fim.

Pena: reclusão de 1(um) a 3 (três) anos, e multa.

Art 40 Manter in vitro óvulos fecundados além do prazo cientificamente recomendado.

Pena: reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos. e multa.

Art 41 Comercializar ou Industrializar pré-embriões ou células germinativas.

Pena: reclusão de 1 (um) a 3(três) anos, e multa.

Art 42 Utilizar pré-embriões com fins cosméticos.

Art 43 Misturar sêmen de vários doadores ou óvulos de distintas mulheres para fertilização "in vitro" ou transferência intratubária.

Pena: reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

Art 44 Transferir gametas ou pré-embriões para útero sem a devida garantia biológica ou de vitalidade.

Pena: reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

Art 45 Revelar a identidade dos doadores.

Pena: reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

Art 46 Utilizar técnica de reprodução humana assistida com fins eugênicos, seleção racial ou seleção de sexo.

Pena: reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos. e multa.

Art 47 Transferir ao útero pré-embriões, originários de óvulos de várias mulheres.

Pena: reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

Art 48 Intercambiar material genético com objetivo de produção de híbridos.

Pena: reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos, e multa.

Art 49 Transferir gametas ou pré-embriões humanos para útero de outra espécie ou operação inversa.

Pena: reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos, e multa.

Art 50 Utilizar da engenharia genética e de outros procedimentos de RHA, com fins militares ou para produzir armas biológicas ou exterminadoras da espécie humana.

Pena: reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos, e multa.

Art 51 Clonar ser humano, por qualquer método.

Pena: reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos, e multa.

TÍTULO X

Das Disposições Finais

Art 52 Caberá ao Poder Executivo, no prazo de seis meses da promulgação desta lei, dispor sobre:

I - normas técnicas e funcionais para autorização e homologação dos serviços públicos e privados de RHA, bancos de gametas, pré-embriões, células, tecidos e órgãos de embriões-fetos;

II - protocolos de informações sobre doadores, estudos e listagem de enfermidades genéticas ou hereditárias que podem ser detectadas com diagnósticos pré-natal;

III - requisitos para autorização em caráter excepcional para experimentação com gametas, pré-embriões, embriões ou aquelas que poderão ser delegadas ao Conselho Nacional;

IV - normas para transporte de gametas pré-embriões e células germinativas entre serviços.

Art 53 No prazo de um ano, a partir da promulgação desta lei, o Poder Executivo constituirá registro nacional de doadores de gametas pré-embriões para fins de RHA, bem como cadastro de centros de serviços médicos dedicados à RHA.

JUSTIFICATIVA

Devido aos modernos avanços e descobertas científicas e tecnológicas, tanto na biomedicina, como na biotecnologia, têm surgido novas técnicas, que possibilitam, cada vez mais, a muitos casais inférteis ou estéreis a realização de antigos sonhos de virem a ter os seus próprios filhos, utilizando-se das, permanentemente, inovadoras técnicas de reprodução humana assistida.

O número de casais inférteis ou estéreis é muito significativo, sendo que em alguns países, como a Espanha, atinge índice próximo aos 10%. A estatística brasileira assemelha-se a esta taxa. Destarte, pode-se vislumbrar o grande número de pessoas que poderia desmandar os modernos métodos da reprodução humana assistida.

Os principais procedimentos disponíveis, no momento, são Inseminação Artificial (IA), que pode ser feita com sêmen do esposo ou companheiro ou com sêmen de doador, Fecundação In Vitro (FIV) com Transferência de Embriões (TE) e Transferência Infratubária de Gametas (TIG).

O acelerado processo de pesquisa nesta área não nos permite estabelecer regras que possam ser consideradas definitivas para a matéria. O mundo recentemente se assombrou com a clonagem de animais, por método que prescinde do espermatozóide do macho, abrindo-se a perspectiva técnica de se repetir processo semelhante no ser humano.

Este evento, que rompe barreiras existentes desde a origem do homem, trouxe para todo planeta, com força máxima, a necessidade de estabelecer uma profunda reflexão sobre quais seriam os caminhos e as perspectivas para toda a humanidade.

Se a complexidade e variedade de possibilidades originadas pelos métodos já conhecidos de reprodução humana assistida estava a exigir uma profunda reflexão e disciplinamento de sua utilização, agora, com a concreta possibilidade de se clonar o homem, esta questão se tomou inadiável.

Este projeto procura, portanto, contribuir para o equacionamento adequado das múltiplas questões que surgem a cada dia com o uso dessas novas técnicas. Não se teve a pretensão de disciplinar todas as possibilidades futuras, ficando assim aberto alguns tópicos justamente com objetivo de não amarrar ou invalidar novos procedimentos em estudo.

A ciência avança a passos largos e as normas jurídicas andam sempre atrasadas. Em um tema como este, em que sérias convicções conservadoras, com certeza existentes, poderão inviabilizar a prática da lei, devemos disciplinar sempre restringindo o que romper o eticamente aceitável por nossa sociedade, ao mesmo tempo em que possibilitamos os avanços da pesquisa no campo da Reprodução Humana Assistida (RHA).

Pouco se sabia, há pouco tempo, sobre estas técnicas hoje utilizadas no mundo todo. As questões éticas, aqui falam forte e necessitam de regulamentação, caso contrário, por omissão ou indiferença do governo e dos legisladores, passará, também, a vigorar a lei do neoliberalismo biológico.

Há que se buscar o equilíbrio normativo que permita a um número cada vez maior de brasileiros ter acesso aos serviços de reprodução humana assistida. Os valores éticos e morais devem ser respeitados. O que for benéfico para o indivíduo e que não fira os valores maiores da sociedade deve ser autorizado.

Estamos convencido de que não podemos engessar a ciência e a tecnologia, e de que a lei tem de ter um visão de equilíbrio, para que não seja consumida rapidamente, como algo descartável ou sazonal.

Não podemos cair, jamais, na extremada posição de tudo permitir, em nome da liberdade de iniciativa no campo científico. Este direito deve ser sempre balizado pelo princípio fundamental da dignidade da pessoa humana.

Mesmo entendendo que estes métodos tenham ainda baixos índices de êxito, custo elevado para os pacientes e sejam extremamente estressantes, reconhece-se seu enorme valor social, principalmente, quando aplicado para tratamento de casais inférteis, na ausência de outras alternativas terapêuticas.

Ao lado deste reconhecimento e da satisfação de se constatar os avanços já obtidos com estas técnicas e procedimentos, registrando-se a engenhosa capacidade criadora do ser humano, surgem, também, as inquietações e incertezas do uso ostensivo e não regulamentado destes métodos, trazendo questionamentos do uso liberal e suas conseqüências sociais, éticas biomédicas e jurídicas.

São, pois, objetivos deste projeto de lei apoiar o avanço de técnica, ampliar o acesso aos seus benefícios e regulamentar o uso, impedindo o surgimento de distorções que degenerem as relações em sociedade e coloquem em risco a própria humanidade.

Diante do exposto, e pela extrema relevância da matéria, conclamamos os ilustres pares, após intensos debates a aprovarem este projeto de lei.

ANEXO C

ANEXO C – PROJETO DE LEI Nº 4665, DE 2001.

Dispõe sobre a autorização da fertilização humana “in vitro” para os casais comprovadamente incapazes de gerar filhos pelo processo natural de fertilização e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º – É permitida a fertilização humana “in vitro” exclusivamente para os casos de casais comprovadamente incapazes de gerar filhos pelo processo natural de fertilização somente em clínicas devidamente autorizadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 2º – Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 3º – Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Ter um filho é o caminho natural para a preservação da espécie, para a continuidade da família, etc.. Porém, 8 milhões de casais brasileiros simplesmente não conseguem ter filhos por métodos naturais. São inférteis por várias razões, o que os leva a recorrer a medicina e as clínicas de reprodução assistida. A ciência já é capaz de vencer a batalha em 9 de cada 10 casos de infertilidade. **A ousadia dos cientistas só é superada pela dos pais, dispostos a tudo por um filho.** Se um casal com esse problema, recorrer a uma dessas clínicas, já será possível adotar uma criança, ainda na forma de embrião e trazê-la ao mundo num parto perfeitamente normal.

Os anos 90 foram a década da reprodução assistida no Brasil. A maioria das 130 clínicas existentes hoje no país surgiu nos últimos 10 anos. Só no ano passado foram realizadas 6000 tentativas de fertilização, das quais nasceram 2000 bebês, representando menos de 1% do total de nascimentos. Na França, porém, quase a metade dos bebês é resultado do trabalho de laboratório.

Após a implantação dos embriões necessários, o restante é congelado para, quem sabe um dia, ser utilizado novamente pelo casal. Ocorre que a maioria desiste de ter mais filhos e estes embriões permanecem congelados à disposição das clínicas e de algum casal que os queira adotar. **Será que a vontade de ter um filho lhes dá o direito de descartar os outros embriões?** – Antes de ser uma questão cultural, temos aqui uma questão humana e religiosa, profundamente constituída, que está sendo tratada separadamente em outro projeto de lei.

Conto com o apoio dos meus Ilustres Pares para a aprovação, em primeiro lugar, do presente projeto e, a seguir, dos outros que darão sequência a este.

Sala das Sessões, em 16 de maio de 2001.

ANEXO D

ANEXO D - PROJETO DE LEI Nº 1135, DE 2003.

Dispõe sobre a reprodução humana assistida.

O Congresso Nacional decreta:

CAPÍTULO I DOS PRINCÍPIOS GERAIS

Art. 1º A presente lei estabelece normas para o emprego de técnicas de reprodução humana assistida, em todo o território nacional.

Art. 2º As técnicas de reprodução humana assistida têm a função de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes.

Art. 3º Para os efeitos desta lei, entende-se por:

I – reprodução humana assistida: a intervenção médica no processo de procriação, com o objetivo de resolução de problemas de infertilidade humana ou esterilidade, considerando riscos mínimos à paciente ou o possível descendente;

I I - pré-embriões humanos: o resultado da união *in vitro* de gametas, previamente à sua implantação no organismo receptor, qualquer que seja o estágio de seu desenvolvimento;

III – beneficiários: as mulheres ou os casais que tenham solicitado o emprego da reprodução assistida;

IV - consentimento livre e esclarecido: o ato pelo qual os beneficiários são informados sobre a reprodução humana assistida e manifestam, em documento escrito, consentimento para a sua realização.

Art. 4º O consentimento informado será obrigatório e extensivo aos pacientes inférteis, doadores e depositantes de gametas e ou pré-embriões e seus cônjuges ou companheiros, se houver.

§ 1º No documento de consentimento informado serão detalhadamente expostos os aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de técnicas de reprodução humana assistida, assim como os resultados estatísticos e probabilísticos à respeito da efetividade e da incidência de efeitos indesejados, bem como dos riscos inerentes ao tratamento.

§ 2º As informações devem também incluir aspectos de natureza biológica, jurídica, ética e econômica.

§ 3º O documento de consentimento informado será em formulário especial, e estará completo com a concordância, por escrito, da paciente ou do casal infértil.

§ 4º Constarão, ainda, no documento de consentimento informado, as condições em que o doador ou depositante autoriza a utilização de seus gametas ou pré-embriões, inclusive postumamente.

§ 5º O consentimento informado relacionado ao disposto no parágrafo anterior, será também exigido do respectivo cônjuge ou da pessoa com quem viva o doador em união estável.

Art. 5º As técnicas de reprodução assistida não devem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo ou determinada geneticamente à criança que venha a nascer.

Art. 6º É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não seja a procriação humana.

Art. 7º O número de oócitos e pré-embriões a serem transferidos para a receptora não deve ser superior a três, com o intuito de não aumentar os riscos já existentes de multiparidade, respeitada a vontade da mulher receptora a cada ciclo reprodutivo.

Art. 8º Em caso de gravidezes múltiplas, decorrentes do uso de técnicas de reprodução assistida, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária, salvo os casos de risco de vida para a gestante.

CAPÍTULO II

DOS USUÁRIOS DA TÉCNICA DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Art. 9º Toda mulher, capaz nos termos da lei, que tenha solicitado e cuja indicação não se afaste dos limites desta lei pode ser receptora das técnicas de reprodução assistida, desde que tenha concordado de maneira livre e consciente em documento de consentimento informado.

Parágrafo único. Estando casada ou em união estável, será necessária a aprovação do cônjuge ou do companheiro, em processo semelhante de consentimento informado.

CAPÍTULO III

DOS SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Art. 10. As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de reprodução assistida, além de se submeterem às normas éticas dos respectivos Conselhos, são responsáveis pelo controle de doenças infecto-contagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição e transferência de material biológico humano para a usuária de técnicas de reprodução assistida, devendo apresentar como requisitos mínimos:

I – responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico;

II – registro permanente das gestações, nascimentos e malformações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de reprodução assistida aplicadas na unidade, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e pré-embriões;

III – registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos usuários das técnicas de reprodução assistida, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;

IV - registro de todas as informações referentes aos doadores, pelo prazo de cinquenta anos;

V - licença de funcionamento a ser expedida pelo órgão competente da administração pública.

Parágrafo único. No caso de encerramento das atividades de uma unidade médica que realiza reprodução humana assistida, seus responsáveis são obrigados a transferir os registros e materiais restantes para órgão competente do Poder Público.

CAPÍTULO IV

DA DOAÇÃO DE GAMETAS OU PRÉ-EMBRIÕES

Art. 11. A doação de gametas ou pré-embriões obedecerá às seguintes condições:

I - nunca terá caráter lucrativo ou comercial;

II - os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

§ 1º Será mantido, obrigatoriamente, o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e pré-embriões, assim como dos receptores.

§ 2º Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.

§ 3º 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.

§ 4º Na região de localização da unidade, o registro das gestações evitará que um doador tenha produzido mais que duas gestações, de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.

§ 5º A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade que, dentro do possível, deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

§ 6º Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar, que nelas prestam serviços, participar como doadores nos programas de reprodução assistida, extensiva a proibição aos seus parentes até o quarto grau.

CAPÍTULO V

DOS GAMETAS E PRÉ-EMBRIÕES

Art. 12. Os pré-embriões originados *in vitro*, anteriormente à sua implantação no organismo da receptora, não são dotados de personalidade civil.

Art. 13. Os beneficiários são juridicamente responsáveis pela tutela do pré-embrião e seu ulterior desenvolvimento no organismo receptor.

CAPÍTULO VI

DA CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU PRÉ-EMBRIÕES

Art. 14. As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozóides, óvulos e pré-embriões.

§ 1º O número total de pré-embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que se decida quantos pré-embriões serão transferidos a fresco, devendo o excedente ser criopreservado, não podendo ser descartado ou destruído.

§ 2º Os beneficiários das técnicas de reprodução assistida, assim como os doadores e depositantes, devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos gametas e pré-embriões criopreservados, em caso de separação, divórcio, doenças graves ou de falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.

§ 3º Após três anos de criopreservação, os gametas ou pré-embriões ficarão à disposição dos beneficiários das técnicas de reprodução assistida, doadores ou depositantes, que poderão descartá-los ou doá-los, mantendo as finalidades desta lei.

§ 4º Os pré-embriões em que sejam detectadas alterações genéticas que comprovadamente venham comprometer a vida saudável da descendência, serão descartados, após o consentimento do casal.

CAPÍTULO VII

DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PRÉ-EMBRIÕES

Art. 15. As técnicas de reprodução assistida também podem ser utilizadas na prevenção e tratamento de doenças genéticas ou hereditárias, quando perfeitamente indicadas e com suficientes garantias de diagnóstico e terapêutica.

§ 1º Toda intervenção sobre pré-embriões *in vitro*, com fins diagnósticos, não poderá ter outra finalidade que a avaliação de sua viabilidade ou detecção de doenças hereditárias, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.

2º Toda intervenção com fins terapêuticos, sobre pré-embriões *in vitro*, não terá outra finalidade que tratar uma doença ou impedir sua transmissão, com garantias reais de sucesso, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.

§ 3º O tempo máximo de desenvolvimento de pré-embriões *in vitro* será de quatorze dias.

CAPÍTULO VIII

SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

Art. 16. As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de reprodução assistida para criar a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética.

§ 1º 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 ética do Conselho Regional de Medicina.

§ 2º A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

CAPÍTULO IX

DA FILIAÇÃO DA PROLE

Art. 17. Será atribuída aos beneficiários a condição de paternidade plena da criança nascida mediante o emprego de técnica de reprodução assistida.

§ 1º A morte dos beneficiários não restabelece o poder parental dos pais biológicos.

§ 2º A pessoa nascida por processo de reprodução assistida e o doador terão acesso aos registros do serviço de saúde, a qualquer tempo, para obter informações para transplante de órgãos ou tecidos, garantido o segredo profissional e o sigilo da identidade civil dos doadores.

Art. 18. O doador e seus parentes biológicos não terão qualquer espécie de direito ou vínculo, quanto à paternidade ou maternidade, em relação à pessoa nascida a partir do emprego das técnicas de reprodução assistida, salvo os impedimentos matrimoniais elencados na legislação civil.

Art. 19. Os serviços de saúde que realizam a reprodução assistida sujeitam-se, sem prejuízo das competências de órgão da administração definido em regulamento, à fiscalização do Ministério Público, com o objetivo de resguardar a saúde e a integridade física das pessoas envolvidas, aplicando-se, no que couber, as disposições da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

CAPÍTULO X

DAS INFRAÇÕES E SANÇÕES

Art. 20. As infrações às proibições desta lei serão consideradas infrações éticas e administrativas.

§ 1º As infrações éticas serão disciplinadas em resolução pelos conselhos a que estão subordinados os profissionais responsáveis pelas técnicas de reprodução assistida, que também tratarão da aplicação das respectivas sanções.

§ 2º O órgão competente da administração pública estabelecerá as infrações administrativas e procederá a respectiva fiscalização.

Art. 21. Aplicam-se todas as disposições da lei civil, para as faltas e violações ao disposto nesta lei.

Art. 22. Constitui crime fecundar oócito humano, com finalidade distinta da procriação humana.

Pena - reclusão de 3 (três) a 6(seis) anos, e multa.

Art. 23. Comercializar ou industrializar pré-embriões ou gametas humanos.

Pena - reclusão de 3 (três) a 6 (seis) anos, e multa.

Art. 24. Praticar a reprodução humana assistida sem a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos beneficiários, dos doadores, dos depositantes e de seus cônjuges ou companheiros, se houver, na forma determinada nesta lei.

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa.

Art. 25. Revelar a identidade civil dos doadores aos beneficiários das técnicas de reprodução assistida e ou revelar a identidade civil dos beneficiários das técnicas de reprodução assistida aos doadores.

Pena - reclusão, de 1(um) a 4 (quatro) anos, e multa.

Art. 26. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O vertiginoso avanço das ciências biomédicas, especialmente no que tange ao domínio das ciências da vida, em confronto com a desatualização e o ritmo, em geral mais lento, das ciências jurídicas, obrigaram a apresentação da presente iniciativa, após profundas reflexões de ordem ética e estudo de todas as propostas sobre o tema - que tem implicações concretas para a evolução da medicina no Brasil - buscando acompanhar o que acontece no mundo mas respeitando aos valores básicos da natureza, da vida social e do próprio homem.

Até o presente momento não há normativa legal para a utilização das técnicas de reprodução assistida. O controle de tais práticas vem sendo basicamente informal, com intervenção mínima do Direito. Ou seja, na ausência de lei que normatize o uso das técnicas de reprodução assistida para alcançar a procriação, elas são permitidas, tendo um controle apenas dos médicos e seu Conselho, bem como da sociedade, que busca tratamentos que julgam aceitáveis, segundo seus valores sociais.

O primeiro bebê de proveta brasileiro, Ana Paula Caldeira, nasceu em 07 de outubro de 1984, há quase vinte anos. Até que a sociedade brasileira acreditasse nos efeitos dos novos tratamentos para infertilidade, os cientistas avançaram em suas pesquisas sem que tivesse havido uma preocupação social em regulamentar as novas técnicas. Nem poderia ser diferente, pois caso contrário haveria um freio ao progresso.

Ao lado deste controle, denominado informal, temos normas constitucionais que sempre devem ser observadas e devem ser também analisadas sob o enfoque da evolução ética e legal da reprodução assistida. Como expressão primeira de tais normas temos vários direitos, dentre os quais a inviolabilidade do direito à vida, o incentivo da pesquisa e do desenvolvimento científico, a liberdade de consciência e de crença, e a liberdade da expressão de atividade científica.

Por outro lado, no capítulo dedicado à família na Constituição Federal, está definido que, fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, unido em matrimônio ou não, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito.

O direito à procriação é, portanto, assegurado, sendo dever do Estado permitir o uso da ciência e até incentivar para que o homem o alcance. Assim, a utilização das técnicas de reprodução é entendida como direito que deve até ser assegurado pelo Estado.

Entretanto, essas técnicas encontram hoje poucas limitações legais e, por causa de seus efeitos, provoca inúmeras controvérsias éticas e problemas no campo do direito da família.

Neste aspecto foi estudada a matéria e verificada a necessidade de uma lei que viabilize o avanço da ciência sem chocar a sociedade, com um mínimo de controle legal, para assegurar direitos fundamentais previstos na nossa Constituição Federal, bem como para evitar algumas perplexidades no âmbito do Direito de Família.

Pretende-se com esta lei, assegurar o direito à procriação, o direito de se fundar uma família. Foram deixadas de lado as questões que podem circundar a matéria, mas que demandam maior rigor e maior preocupação social como a clonagem, que não representa interesse médico e nem se justifica em matéria de reprodução humana assistida.

Por isso define-se o conceito de reprodução assistida legalmente, considerando-a a participação médica no processo de procriação, definindo-se o pré-embrião sempre como união dos gametas masculino e feminino.

Justifica-se a exclusão de temas ligados ao patrimônio genético, pois, diante do medo de criação de aberrações e clones para fins contrários a ética e a moral, veio em 05 de janeiro de 1995, a Lei n.º 8.974, que impõe severas restrições ao uso das técnicas de engenharia genética, entre as quais a manipulação de células germinais humanas. No entanto, verifica-se que esta lei não regulamenta, nem se aplica às técnicas de reprodução assistida, motivo desta iniciativa.

Observa-se que a classe médica brasileira acompanhou o mundo em matéria de reprodução, mas sempre com a preocupação de usar a reprodução assistida apenas para auxiliar a resolução dos problemas de esterilidade humana, facilitando o processo de procriação, quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes.

Desde 1988 há o interesse da classe médica pela normatização dos tratamentos, com destaque para a proibição, naquela época, da prática ou indicação de atos médicos desnecessários, exigindo, ainda, em seu Código de Ética, o consentimento informado dos pacientes para a realização dos procedimentos de fecundação artificial.

Ampliada a utilização das técnicas de reprodução assistida, a comunidade científica determinou a instituição de normas éticas específicas através da Resolução CFM nº 1.358/92, única disciplina sobre reprodução assistida vigente hoje.

Cioso observar que não há notícia de conflitos judiciais a respeito da matéria, o que bem demonstra que a resolução do Conselho Federal de Medicina deve ser levada em conta. Entretanto são necessários alguns ajustes, seja para ampliar o âmbito de proteção da norma, seja para atualizá-la tendo em vista que a sociedade demanda maior modernização da lei.

Sabe-se que mesmo sendo praticamente inexistentes os conflitos, muitas são as dúvidas e poucas as soluções não controvertidas, porque o assunto envolve questões como o início da vida, a sadia qualidade de vida, a preservação de patrimônio genético e outras não menos polêmicas como determinação de paternidade, descarte de embriões e, ainda, possibilidade de utilização de sêmen congelado após a morte.

Justifica-se, assim, mais uma vez, a importância de legislar sobre a matéria.

Com relação ao consentimento informado, diante de sua importância fundamental para a realização dos procedimentos, pretende-se impor seja ele documentado, de forma escrita e o mais completo possível, com destaque para obrigação de ser firmado por todos os envolvidos no tratamento.

Impôs-se a forma legal, para constituir prova em caso de eventual disputa judicial e também para a garantia de todos os envolvidos. Por isso mesmo, no presente projeto foi determinado que no documento conste o maior número de informações possíveis a respeito do tratamento e suas conseqüências, até mesmo jurídicas.

Há também proibição de utilização das técnicas para fins de eugenia, sob pena de haver infração à norma constitucional do artigo 225. Entretanto, diante da possibilidade que a ciência tem de evitar doenças, mister se faz a previsão da exceção de forma expressa.

O projeto segue a mesma preocupação mundial em reduzir o número de gestações múltiplas, o que é compatível com a limitação da transferência de embriões. A limitação a três transferências evitaria as gestações múltiplas e extingiria o risco da temida redução embrionária. Temida, pois a redução embrionária significa verdadeiro aborto, com a interrupção do desenvolvimento de um ou mais embriões já implantados no útero materno.

Observe-se que neste tópico foi seguida a orientação do Código Penal no que tange ao aborto, proibindo-se expressamente a redução embrionária, com a ressalva idêntica ao Código Penal para os casos de risco de vida para a gestante.

No projeto há ainda determinação expressa quanto aos usuários das técnicas de reprodução assistida, respeitada a Constituição Federal no que tange à igualdade de acesso.

Outro ponto relevante refere-se aos serviços de saúde que aplicam as técnicas em exame, com exigência de registros permanentes dos procedimentos para permitir o controle da Administração Pública e previsão para o caso de encerramento das atividades, o que é essencial, consideradas as conseqüências dos tratamentos.

No capítulo IV são impostos limites claros para as doações de gametas e pré-embriões, mais uma vez com respeito à Constituição Federal que proíbe qualquer comercialização do corpo humano (artigo 199, parágrafo 4º). No mesmo capítulo está previsto o anonimato entre doadores e receptores de gametas e pré-embriões, a pedra fundamental dos tratamentos.

Este princípio adotado pela Resolução CFM nº 1.358/92 e utilizado até a presente data sem nenhuma impugnação judicial ou manifestação social, foi escolhido para proteger a criança nascida do procedimento, para que ela não se transforme em objeto de disputa entre o doador e seus pais.

O anonimato é garantia da autonomia e do desenvolvimento normal da família fundada por procriação assistida. Não se pode admitir que um casal que se submete ao tratamento passe a vida inteira temeroso de ser importunado pelo doador, ou vice-versa.

Algumas situações podem ser imaginadas para se calcular o prejuízo que a família teria caso fosse permitida a revelação da identidade civil. Por exemplo, um doador de sêmen fica acometido de um mal que o impede de ter filhos. Em razão disso, desespera-se e passa a procurar a identidade da família beneficiada com seu sêmen para reclamar-lhe a prole. Imagina-se o inverso. A criança nascida perde os pais (beneficiários do tratamento) ou por qualquer motivo separa-se deles e passa a procurar o doador do gameta, importunando-o para reclamar uma paternidade que o doador nunca desejou.

Na hierarquia de valores, a proteção da família sobrepuja o eventual direito do filho nascido do tratamento conhecer sua origem via identidade civil do doador. Não se pretende objetar que a criança oriunda do procedimento saiba de sua origem. Ela pode e deve saber do procedimento que a gerou e até sua identidade genética. Pretende-se tão-somente evitar que seja possível a revelação da identidade civil dos doadores e receptores, pois sabe-se que quem doa sêmen ou óvulos o faz somente por altruísmo, sem nenhum interesse na paternidade.

Quem deposita sêmen num banco para doação não pretende nenhum tipo de vinculação com a criança nascida de seu material genético. Hoje, indiscutivelmente, a paternidade é mais afetiva e social do que biológica, pelo menos quando dissociada de relações sexuais, pelo que não há como se sustentar que se conheça a identidade civil dos doadores.

O conhecimento da identidade civil nada tem a ver com a dignidade humana. No caso, há mais dignidade em preservar a identidade civil dos doadores e receptores do que em revelar. Ademais, qual o benefício que a revelação traria? Nenhum, certo que se pretende determinar que não existe vínculo algum entre doadores e a prole nascida, não havendo nenhum tipo de filiação.

Que se conheça a identidade genética em certos casos é possível e até necessário, em casos de doenças, por exemplo. Mas a identidade civil é contrária ao melhor interesse da criança. Salienta-se que, no mundo, a postura predominante é a da preservação do anonimato. Onde se permite a revelação da identidade civil, como na Suécia, praticamente desapareceram os doadores.

De se notar, ainda, que o segredo é, no caso, direito de personalidade dos doadores e receptores e não pode ser divulgado. O acesso à informação é limitado pelo segredo, bem maior que deve ser protegido pelo Direito.

Nesse âmbito da Medicina Reprodutiva vale citar o Juramento de Hipócrates, pai da Medicina: "O que quer que eu veja ou ouça, no curso ou não de minha profissão, nos meus encontros com os homens, se for algo que não deve ser publicado fora, eu jamais divulgarei,

considerando essas coisas segredos sagrados". O segredo médico é tão importante que é protegido pelo Direito em todas as esferas - Civil, Penal e Administrativo.

Não fosse tal, para proteger os Direitos Humanos e as liberdades fundamentais, a Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos dispõe, em seu artigo 7º, que "Quaisquer dados genéticos associados a uma pessoa identificável e armazenados ou processados para fins de pesquisa ou para qualquer outra finalidade devem ser mantidos em sigilo, nas condições previstas em lei". Seguindo, no artigo 9º, diz que "as limitações ao sigilo só poderão ser prescritas em lei, por razões de força maior, dentro dos marcos da legislação pública internacional e da lei internacional de direitos humanos".

O direito de acesso à informação não é e não pode ser considerado como razão de força maior, até porque, em se tratando de identidade civil, é contrário aos interesses da criança.

De outra parte, se a intenção da lei é prevenir casamentos consanguíneos, observa-se que a questão foi abordada de maneira adequada pelo projeto, que apresentou solução sem que a revelação da identidade civil fosse condição para tanto, limitando o número de doações.

Por fim, não se pode perder de vista que, mesmo com a imposição legal do anonimato entre doadores e receptores de gametas, mais adequada à sociedade e adotada pelos países mais desenvolvidos, a Constituição garante sempre o acesso ao Poder Judiciário. Em algum caso excepcional, se procurado, o Poder Judiciário deverá avaliar a questão.

O projeto também pretende colocar uma pá de cal nas discussões em torno dos direitos dos pré-embriões antes da implantação no organismo da receptora, ao excluir-lhes expressamente a personalidade civil. E mais, para os proteger, determina quem fica responsável juridicamente por eles.

Diante do avanço na medicina mundial, foi imperioso um capítulo a respeito do congelamento de pré-embriões produzidos em laboratório.

A técnica de criopreservação de pré-embriões é relativamente nova, anunciada a primeira utilização em 1983 na Austrália, e praticada como auxiliar nas técnicas de reprodução assistida desde então na França, Grã-Bretanha, Portugal, Suécia, Suíça, Áustria, Dinamarca, Estados Unidos e Espanha, dentre outros países, onde a preocupação legal limita-se à proibição ou não do descarte ou destruição dos embriões congelados.

Até na Itália, país reconhecidamente religioso, com força da Igreja Católica, utiliza-se a técnica de congelamento. É notório o alto custo da medicação, bem como a possibilidade de insucesso na fertilização dos óvulos. O índice de fertilização é de cerca de 80% dos óvulos inseminados e, dos fertilizados, somente 50% evoluem adequadamente para a transferência ao útero materno. Usualmente o número de embriões é inferior ao de óvulos coletados. Desta forma, devem ser fertilizados quantos óvulos forem coletados, para aumentar a chance dos pacientes em cada ciclo reprodutivo.

Ressalte-se que os tratamentos estão sendo realizados sem que se tenha notícia de descarte de embriões ou de problemas judiciais, desde 1984, quando nasceu o primeiro bebê, fruto de fertilização *in vitro* no Brasil.

O que se pretende, portanto, com o capítulo da criopreservação é viabilizar os tratamentos sem a limitação de produção de pré-embriões, acompanhando, ainda, os países desenvolvidos no que tange ao uso da técnica de congelamento, que se sabe, através de pesquisas científicas, não prejudicar os embriões. Muitas crianças saudáveis já nasceram de reprodução assistida realizada com técnica de congelamento no Brasil e no mundo.

Seguindo a orientação do Conselho Federal de Medicina, pretende-se a proibição do descarte ou destruição de embriões quando da produção, impondo-se em princípio o congelamento.

Ainda do mesmo modo que no capítulo anterior, os beneficiários das técnicas, responsáveis pela tutela do pré-embrião desde o princípio, devem prever tudo a respeito do

destino dos pré-embriões congelados, especialmente em casos de separação, divórcio, doenças e morte.

A inovação deste projeto refere-se a um prazo para o congelamento e à previsão da possibilidade dos beneficiários das técnicas e nunca os médicos ou serviços de optar pelo descarte dos pré-embriões congelados e não utilizados neste prazo.

Essa questão está em ampla discussão no mundo, não havendo consenso. Aqueles países onde tiveram início tais tratamentos depararam-se com a problemática mais cedo. Na Inglaterra, onde nasceu o primeiro bebê de proveta do mundo (1978), em 1996, foram destruídos três mil pré-embriões congelados não utilizados e abandonados pelos beneficiários das técnicas. Alguns países já determinaram obrigatório o descarte.

De se notar que não é crime o descarte de pré-embriões congelados, primeiro porque não há ainda uma pessoa, não se enquadrando a hipótese no crime de homicídio, segundo porque não há gestação, não se podendo falar em aborto.

O descarte de pré-embriões pela vontade expressa e única dos beneficiários não pode sequer ser considerado contrário à ética, pois atende os requisitos da autonomia, beneficência e justiça. Ora, o pré-embrião antes da implantação no organismo da receptora não tem autonomia, a autonomia e responsabilidade são dos beneficiários que devem lhe determinar o destino. Se o casal ou mulher não quer mais filhos e não deseja doá-los a um casal infértil, deve-se obrigá-los a manter os pré-embriões congelados pelo resto da vida, arcando com as despesas do banco? Com que justificativa?

A maioria dos países que legislaram sobre o assunto, determinaram um prazo máximo para o congelamento e permitiram o descarte pela vontade dos beneficiários.

Atente-se para a existência de um parecer do Conselho Federal de Medicina nesse sentido, enviado pelo ofício nº 7.597/99, em resposta a uma consulta protocolada naquele órgão sob o número 6065/99.

Nos capítulos seguintes, foi mantida a orientação do Conselho Federal de Medicina para o diagnóstico e tratamento de pré-embriões e para a gestação de substituição, equacionados os problemas de acordo com os atuais conhecimentos científicos, bem como com a Lei da Biossegurança e nossa Constituição Federal.

Capítulo próprio foi criado para a questão da filiação, acompanhando-se aqueles que criaram o novo Código Civil, mas de uma forma mais ampla, com previsão de soluções para hipóteses ainda não possíveis em 1975 (data do projeto do Código Civil). Foi garantida à revelação dos dados genéticos e mantidas as considerações quanto à identidade civil para os casos de transplante de órgão e tecidos.

Pretende-se, ainda, sujeitar os serviços que realizam reprodução à fiscalização do Ministério Público, especialmente diante do interesse das pessoas envolvidas, com o objetivo de resguardar a saúde e a integridade física.

Por fim, seguindo a tendência mundial de utilizar o Direito Penal tão somente em último caso, para não haver uma banalização e assim, conseguir uma real eficácia exclusivamente nos casos em que necessário (*ultima ratio*), foram criminalizadas apenas quatro condutas, deixando-se a punição das demais infrações para os Direitos Civil e Administrativo, bem como para os órgãos de classe a que estão sujeitos os infratores, o que se entende suficiente para impor limites e coibir abusos, considerada a utilização na prática desde antes de 1984, sem notícia de conflitos judiciais a respeito da questão.

Sendo estas as considerações pertinentes nesta oportunidade e pela extrema relevância da matéria, conclamo os ilustres pares a aprovar este projeto de lei.

Sala das Sessões,

ANEXO E

ANEXO E – PROJETO DE LEI Nº 1184, DE 2003.

Dispõe sobre a Reprodução Assistida.

O **Congresso Nacional** decreta:

CAPÍTULO I DOS PRINCÍPIOS GERAIS

Art. 1º Esta Lei regulamenta o uso das técnicas de Reprodução Assistida (RA) para a implantação artificial de gametas ou embriões humanos, fertilizados *in vitro*, no organismo de mulheres receptoras.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, atribui-se a denominação de:

I – embriões humanos: ao resultado da união *in vitro* de gametas, previamente à sua implantação no organismo receptor, qualquer que seja o estágio de seu desenvolvimento;

II – beneficiários: às mulheres ou aos casais que tenham solicitado o emprego da Reprodução Assistida;

III – consentimento livre e esclarecido: ao ato pelo qual os beneficiários são esclarecidos sobre a Reprodução Assistida e manifestam, em documento, consentimento para a sua realização, conforme disposto no Capítulo II desta Lei.

Art. 2º A utilização das técnicas de Reprodução Assistida será permitida, na forma autorizada nesta Lei e em seus regulamentos, nos casos em que se verifique infertilidade e para a prevenção de doenças genéticas ligadas ao sexo, e desde que:

I – exista indicação médica para o emprego da Reprodução Assistida, consideradas as demais possibilidades terapêuticas disponíveis, segundo o disposto em regulamento;

II – a receptora da técnica seja uma mulher civilmente capaz, nos termos da lei, que tenha solicitado o tratamento de maneira livre, consciente e informada, em documento de consentimento livre e esclarecido, a ser elaborado conforme o disposto no Capítulo II desta Lei;

III – a receptora da técnica seja apta, física e psicologicamente, após avaliação que leve em conta sua idade e outros critérios estabelecidos em regulamento;

IV – o doador seja considerado apto física e mentalmente, por meio de exames clínicos e complementares que se façam necessários.

Parágrafo único. Caso não se diagnostique causa definida para a situação de infertilidade, observar-se-á, antes da utilização da Reprodução Assistida, prazo mínimo de espera, que será estabelecido em regulamento e levará em conta a idade da mulher receptora.

Art. 3º É proibida a gestação de substituição.

CAPÍTULO II DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Art. 4º O consentimento livre e esclarecido será obrigatório para ambos os beneficiários, nos casos em que a beneficiária seja uma mulher casada ou em união estável, vedada a manifestação da vontade por procurador, e será formalizado em instrumento particular, que conterá necessariamente os seguintes esclarecimentos:

I – a indicação médica para o emprego de Reprodução Assistida, no caso específico, com manifestação expressa dos beneficiários da falta de interesse na adoção de criança ou adolescente;

II – os aspectos técnicos, as implicações médicas das diferentes fases das modalidades de Reprodução Assistida disponíveis e os custos envolvidos em cada uma delas;

III – os dados estatísticos referentes à efetividade dos resultados obtidos no serviço de saúde onde se realizará o procedimento de Reprodução Assistida;

IV – os resultados estatísticos e probabilísticos acerca da incidência e prevalência dos efeitos indesejados nas técnicas de Reprodução Assistida, em geral e no serviço de saúde onde esta será realizada;

V – as implicações jurídicas da utilização de Reprodução Assistida;

VI – os procedimentos autorizados pelos beneficiários, inclusive o número de embriões a serem produzidos, observado o limite disposto no art. 13 desta Lei;

VII – as condições em que o doador ou depositante autoriza a utilização de seus gametas, inclusive postumamente;

VIII – demais requisitos estabelecidos em regulamento.

§ 1º O consentimento mencionado neste artigo será também exigido do doador e de seu cônjuge ou da pessoa com quem viva em união estável e será firmado conforme as normas regulamentadoras, as quais especificarão as informações mínimas que lhes serão transmitidas.

§ 2º No caso do § 1º, as informações mencionadas devem incluir todas as implicações decorrentes do ato de doar, inclusive a possibilidade de a identificação do doador vir a ser conhecida.

CAPÍTULO III

DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E PROFISSIONAIS

Art. 5º Os serviços de saúde que realizam a Reprodução Assistida são responsáveis:

I – pela elaboração, em cada caso, de laudo com a indicação da necessidade e oportunidade para o emprego da técnica de Reprodução Assistida;

II – pelo recebimento de doações e pelas fases de coleta, manuseio, controle de doenças infecto-contagiosas, conservação, distribuição e transferência do material biológico humano utilizado na Reprodução Assistida, vedando-se a transferência de sêmen doado a fresco;

III – pelo registro de todas as informações relativas aos doadores e aos casos em que foi utilizada a Reprodução Assistida, pelo prazo de 50 (cinquenta) anos;

IV – pela obtenção do consentimento livre e esclarecido dos beneficiários de Reprodução Assistida, doadores e respectivos cônjuges ou companheiros em união estável, na forma definida no Capítulo II desta Lei;

V – pelos procedimentos médicos e laboratoriais executados;

VI – pela obtenção do Certificado de Qualidade em Biossegurança junto ao órgão competente;

VII – pela obtenção de licença de funcionamento a ser expedida pelo órgão competente da administração, definido em regulamento.

Parágrafo único. As responsabilidades estabelecidas neste artigo não excluem outras, de caráter complementar, a serem estabelecidas em regulamento.

Art. 6º Para obter a licença de funcionamento, os serviços de saúde que realizam Reprodução Assistida devem cumprir os seguintes requisitos mínimos:

I – funcionar sob a direção de um profissional médico, devidamente capacitado para realizar a Reprodução Assistida, que se responsabilizará por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados;

II – dispor de equipes multiprofissionais, recursos técnicos e materiais compatíveis com o nível de complexidade exigido pelo processo de Reprodução Assistida;

III – dispor de registro de todos os casos em que tenha sido empregada a Reprodução Assistida, ocorra ou não gravidez, pelo prazo de 50 (cinquenta) anos;

IV – dispor de registro dos doadores e das provas diagnósticas realizadas, pelo prazo de 50 (cinquenta) anos após o emprego do material biológico;

V – encaminhar relatório semestral de suas atividades ao órgão competente definido em regulamento.

§ 1º A licença mencionada no *caput* deste artigo será válida por até 3 (três) anos, renovável ao término de cada período, desde que obtido ou mantido o Certificado de Qualidade em Biossegurança, podendo ser revogada em virtude do descumprimento de qualquer disposição desta Lei ou de seu regulamento.

§ 2º O registro citado no inciso III deste artigo deverá conter a identificação dos beneficiários e doadores, as técnicas utilizadas, a pré-seleção sexual, quando imprescindível, na forma do art. 15 desta Lei, a ocorrência ou não de gravidez, o desenvolvimento das gestações, os nascimentos, as malformações de fetos ou recém-nascidos e outros dados definidos em regulamento.

§ 3º Em relação aos doadores, o registro citado no inciso IV deste artigo deverá conter a identidade civil, os dados clínicos de caráter geral, foto acompanhada das características fenotípicas e uma amostra de material celular.

§ 4º As informações de que trata este artigo são consideradas sigilosas, salvo nos casos especificados nesta Lei.

§ 5º No caso de encerramento das atividades, os serviços de saúde transferirão os registros para o órgão competente do Poder Público, determinado no regulamento.

CAPÍTULO IV DAS DOAÇÕES

Art. 7º Será permitida a doação de gametas, sob a responsabilidade dos serviços de saúde que praticam a Reprodução Assistida, vedadas a remuneração e a cobrança por esse material, a qualquer título.

§ 1º Não será permitida a doação quando houver risco de dano para a saúde do doador, levando-se em consideração suas condições físicas e mentais.

§ 2º O doador de gameta é obrigado a declarar:

I – não haver doado gameta anteriormente;

II – as doenças de que tem conhecimento ser portador, inclusive os antecedentes familiares, no que diz respeito a doenças genético-hereditárias e outras.

§ 3º Poderá ser estabelecida idade limite para os doadores, com base em critérios que busquem garantir a qualidade dos gametas doados, quando da regulamentação desta Lei.

§ 4º Os gametas doados e não-utilizados serão mantidos congelados até que se dê o êxito da gestação, após o quê proceder-se-á ao descarte dos mesmos, de forma a garantir que o doador beneficiará apenas uma única receptora.

Art. 8º Os serviços de saúde que praticam a Reprodução Assistida estarão obrigados a zelar pelo sigilo da doação, impedindo que doadores e beneficiários venham a conhecer reciprocamente suas identidades, e pelo sigilo absoluto das informações sobre a pessoa nascida por processo de Reprodução Assistida.

Art. 9º O sigilo estabelecido no art. 8º poderá ser quebrado nos casos autorizados nesta Lei, obrigando-se o serviço de saúde responsável pelo emprego da Reprodução Assistida a fornecer as informações solicitadas, mantido o segredo profissional e, quando possível, o anonimato.

§ 1º A pessoa nascida por processo de Reprodução Assistida terá acesso, a qualquer tempo, diretamente ou por meio de representante legal, e desde que manifeste sua vontade, livre, consciente e esclarecida, a todas as informações sobre o processo que o gerou, inclusive à identidade civil do doador, obrigando-se o serviço de saúde responsável a fornecer as informações solicitadas, mantidos os segredos profissional e de justiça.

§ 2º Quando razões médicas ou jurídicas indicarem ser necessário, para a vida ou a saúde da pessoa gerada por processo de Reprodução Assistida, ou para oposição de impedimento do

casamento, obter informações genéticas relativas ao doador, essas deverão ser fornecidas ao médico solicitante, que guardará o devido sigilo profissional, ou ao oficial do registro civil ou a quem presidir a celebração do casamento, que notificará os nubentes e procederá na forma da legislação civil.

§ 3º No caso de motivação médica, autorizado no § 2º, resguardar-se-á a identidade civil do doador mesmo que o médico venha a entrevistá-lo para obter maiores informações sobre sua saúde.

Art. 10. A escolha dos doadores será de responsabilidade do serviço de saúde que pratica a Reprodução Assistida e deverá assegurar a compatibilidade imunológica entre doador e receptor.

Art. 11. Não poderão ser doadores os dirigentes, funcionários e membros de equipes, ou seus parentes até o quarto grau, de serviço de saúde no qual se realize a Reprodução Assistida.

Parágrafo único. As pessoas absolutamente incapazes não poderão ser doadoras de gametas.

Art. 12. O Titular do Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais fica obrigado a comunicar ao órgão competente previsto no art. 5º, incisos VI e VII, até o dia 10 de cada mês, o registro dos óbitos ocorridos no mês imediatamente anterior, devendo da relação constar a filiação, a data e o local de nascimento da pessoa falecida.

§ 1º No caso de não haver sido registrado nenhum óbito, deverá o Titular do Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais comunicar esse fato ao referido órgão no prazo estipulado no *caput* deste artigo.

§ 2º A falta de comunicação na época própria, bem como o envio de informações inexatas, sujeitará o Titular de Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais a multa variável de R\$ 636,17 (seiscentos e trinta e seis reais e dezessete centavos) a R\$ 63.617,35 (sessenta e três mil, seiscentos e dezessete reais e trinta e cinco centavos), na forma do regulamento.

§ 3º A comunicação deverá ser feita por meio de formulários para cadastramento de óbito, conforme modelo aprovado em regulamento.

§ 4º Deverão constar, além dos dados referentes à identificação do Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais, pelo menos uma das seguintes informações relativas à pessoa falecida:

I – número de inscrição do PIS/Pasep;

II – número de inscrição do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, se contribuinte individual, ou número de benefício previdenciário - NB, se a pessoa falecida for titular de qualquer benefício pago pelo INSS;

III – número do CPF;

IV – número de registro de Carteira de Identidade e respectivo órgão emissor;

V – número do título de eleitor;

VI – número do registro de nascimento ou casamento, com informação do livro, da folha e do termo;

VII – número e série da Carteira de Trabalho.

CAPÍTULO V DOS GAMETAS E EMBRIÕES

Art. 13. Na execução da técnica de Reprodução Assistida, poderão ser produzidos e transferidos até 2 (dois) embriões, respeitada a vontade da mulher receptora, a cada ciclo reprodutivo.

§ 1º Serão obrigatoriamente transferidos a fresco todos os embriões obtidos, obedecido ao critério definido no *caput* deste artigo.

§ 2º Os embriões originados *in vitro*, anteriormente à sua implantação no organismo da receptora, não são dotados de personalidade civil.

§ 3º Os beneficiários são juridicamente responsáveis pela tutela do embrião e seu ulterior desenvolvimento no organismo receptor.

§ 4º São facultadas a pesquisa e experimentação com embriões transferidos e espontaneamente abortados, desde que haja autorização expressa dos beneficiários.

§ 5º O tempo máximo de desenvolvimento de embriões *in vitro* será definido em regulamento.

Art. 14. Os serviços de saúde são autorizados a preservar gametas humanos, doados ou depositados apenas para armazenamento, pelos métodos e prazos definidos em regulamento.

§ 1º Os gametas depositados apenas para armazenamento serão entregues somente à pessoa depositante, não podendo ser destruídos sem sua autorização.

§ 2º É obrigatório o descarte de gametas:

I – quando solicitado pelo depositante;

II – quando houver previsão no documento de consentimento livre e esclarecido;

III – nos casos de falecimento do depositante, salvo se houver manifestação de sua vontade, expressa em documento de consentimento livre e esclarecido ou em testamento, permitindo a utilização póstuma de seus gametas.

Art. 15. A pré-seleção sexual será permitida nas situações clínicas que apresentarem risco genético de doenças relacionadas ao sexo, conforme se dispuser em regulamento.

CAPÍTULO VI

DA FILIAÇÃO DA CRIANÇA

Art. 16. Será atribuída aos beneficiários a condição de paternidade plena da criança nascida mediante o emprego de técnica de Reprodução Assistida.

§ 1º A morte dos beneficiários não restabelece o poder parental dos pais biológicos.

§ 2º A pessoa nascida por processo de Reprodução Assistida e o doador terão acesso aos registros do serviço de saúde, a qualquer tempo, para obter informações para transplante de órgãos ou tecidos, garantido o segredo profissional e, sempre que possível, o anonimato.

§ 3º O acesso mencionado no § 2º estender-se-á até os parentes de 2º grau do doador e da pessoa nascida por processo de Reprodução Assistida.

Art. 17. O doador e seus parentes biológicos não terão qualquer espécie de direito ou vínculo, quanto à paternidade ou maternidade, em relação à pessoa nascida a partir do emprego das técnicas de Reprodução Assistida, salvo os impedimentos matrimoniais elencados na legislação civil.

Art. 18. Os serviços de saúde que realizam a Reprodução Assistida sujeitam-se, sem prejuízo das competências de órgão da administração definido em regulamento, à fiscalização do Ministério Público, com o objetivo de resguardar a saúde e a integridade física das pessoas envolvidas, aplicando-se, no que couber, as disposições da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

CAPÍTULO VII

DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 19. Constituem crimes:

I – praticar a Reprodução Assistida sem estar habilitado para a atividade:

Pena – detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa;

II – praticar a Reprodução Assistida sem obter o consentimento livre e esclarecido dos beneficiários e dos doadores na forma determinada nesta Lei ou em desacordo com os termos constantes do documento de consentimento por eles assinado:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa;

III – participar do procedimento de gestação de substituição, na condição de beneficiário, intermediário ou executor da técnica:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa;

IV – fornecer gametas depositados apenas para armazenamento a qualquer pessoa que não o próprio depositante, ou empregar esses gametas sem sua prévia autorização:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa;

V – deixar de manter as informações exigidas na forma especificada, não as fornecer nas situações previstas ou divulgá-las a outrem nos casos não autorizados, consoante as determinações desta Lei:

Pena – detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa;

VI – utilizar gametas de doadores ou depositantes sabidamente falecidos, salvo na hipótese em que tenha sido autorizada, em documento de consentimento livre e esclarecido, ou em testamento, a utilização póstuma de seus gametas:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa;

VII – implantar mais de 2 (dois) embriões na mulher receptora:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa;

VIII – realizar a pré-seleção sexual de gametas ou embriões, ressalvado o disposto nesta Lei:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa;

IX – produzir embriões além da quantidade permitida:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa;

X – armazenar ou ceder embriões, ressalvados os casos em que a implantação seja contra-indicada:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa;

XI – deixar o médico de implantar na mulher receptora os embriões produzidos, exceto no caso de contra-indicação médica:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa;

XII – descartar embrião antes da implantação no organismo receptor:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa;

XIII – utilizar gameta:

a) doado por dirigente, funcionário ou membro de equipe do serviço de saúde em que se realize a Reprodução Assistida, ou seus parentes até o quarto grau;

b) de pessoa incapaz;

c) de que tem ciência ser de um mesmo doador, para mais de um beneficiário;

d) sem que tenham sido os beneficiários ou doadores submetidos ao controle de doenças infecto-contagiosas e a outros exames complementares:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

Parágrafo único. Ao aplicar as medidas previstas neste artigo, o juiz considerará a natureza e a gravidade do delito e a periculosidade do agente.

Art. 20. Constituem crimes:

I – intervir sobre gametas ou embriões *in vitro* com finalidade diferente das permitidas nesta Lei:

Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa;

II – utilizar o médico do próprio gameta para realizar a Reprodução Assistida, exceto na qualidade de beneficiário:

Pena – detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos, e multa;

III – omitir o doador dados ou fornecimento de informação falsa ou incorreta sobre qualquer aspecto relacionado ao ato de doar:

Pena – detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa;

IV – praticar o médico redução embrionária, com consentimento, após a implantação no organismo da receptora, salvo nos casos em que houver risco de vida para a mulher:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos;

V – praticar o médico redução embrionária, sem consentimento, após a implantação no organismo da receptora, salvo nos casos em que houver risco de vida para a mulher:

Pena – reclusão de 3 (três) a 10 (dez) anos.

Parágrafo único. As penas cominadas nos incisos IV e V deste artigo são aumentadas de 1/3 (um terço), se, em consequência do procedimento redutor, a receptora sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, pela mesma causa, lhe sobrevém a morte.

Art. 21. A prática de qualquer uma das condutas arroladas neste Capítulo acarretará a perda da licença do estabelecimento de Reprodução Assistida, sem prejuízo das demais sanções legais cabíveis.

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Os embriões conservados até a data de entrada em vigor desta Lei poderão ser doados exclusivamente para fins reprodutivos, com o consentimento prévio dos primeiros beneficiários, respeitados os dispositivos do Capítulo IV.

Parágrafo único. Presume-se autorizada a doação se, no prazo de 60 (sessenta) dias, os primeiros beneficiários não se manifestarem em contrário.

Art. 23. O Poder Público promoverá campanhas de incentivo à utilização, por pessoas inférteis ou não, dos embriões preservados e armazenados até a data de publicação desta Lei, preferencialmente ao seu descarte.

Art. 24. O Poder Público organizará um cadastro nacional de informações sobre a prática da Reprodução Assistida em todo o território, com a finalidade de organizar estatísticas e tornar disponíveis os dados sobre o quantitativo dos procedimentos realizados, a incidência e prevalência dos efeitos indesejados e demais complicações, os serviços de saúde e os profissionais que a realizam e demais informações consideradas apropriadas, segundo se dispuser em regulamento.

Art. 25. A Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 8º-A:

“Art. 8º-A. São vedados, na atividade com humanos, os experimentos de clonagem radical através de qualquer técnica de genetechnologia.”

Art. 26. O art. 13 da Lei nº 8.974, de 1995, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso IV, renumerando-se os demais:

“Art. 13.

IV – realizar experimentos de clonagem humana radical através de qualquer técnica de genetechnologia;

.....” (NR)

Art. 27. Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias a partir da data de sua publicação.

Senado Federal, em junho de 2003

ANEXO F

ANEXO F - PROJETO DE LEI Nº 2061, 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.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º As técnicas de Reprodução Humana Assistida poderão ser utilizadas como um dos componentes auxiliares na resolução dos problemas de infertilidade humana, através dos serviços de saúde, públicos e privados, como forma de facilitar o processo de procriação, quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para solução da situação de infertilidade.

Art. 2º As técnicas de Reprodução Humana Assistida poderão ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso, e não incorra em risco grave de saúde para a mulher e para o possível nascituro.

Art. 3º Compete ao Conselho Municipal de Saúde, ou na falta deste ao Conselho Estadual de Saúde, da localidade em que esteja localizado o estabelecimento que realizar os procedimentos de Reprodução Assistida, dispor sobre a instituição de Comissão de Ética para acompanhamento dos dispositivos desta Lei.

§ Único A Comissão de Ética terá competência para acompanhar os procedimentos objeto desta lei em instituições públicas ou privadas, podendo ser única, ou específica por estabelecimento.

Art. 4º O consentimento informado é obrigatório e extensivo aos receptores e doadores, por meio de documento escrito, testemunhado e acompanhado pela Comissão de Ética.

§ 1º As informações necessárias ao consentimento de que trata o caput compreenderão, no mínimo:

I – Os aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação das técnicas de Reprodução Humana Assistida, os quais serão detalhadamente expostos, assim como os resultados já obtidos naquela unidade de tratamento com as técnicas propostas.

II – Os dados de caráter biológico, psicológico, jurídico, econômico, ético e social; bem como da experimentação, sua eficácia e sua eficiência.

§ 2º O documento de consentimento informado será efetuado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito dos receptores e doadores e assinado por pelo menos um membro do Conselho de Ética com competência sobre da Unidade.

Art. 5º É vedado o uso das técnicas de Reprodução Humana Assistida com a intenção de selecionar o sexo, ou qualquer outra característica biológica ou étnica do futuro nascituro, exceto quando se trate de evitar doenças.

Art. 6º É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não seja a procriação humana.

Art. 7º É vedada a transferência de oócitos e pré-embriões em número superior a quatro, com o intuito de não aumentar os riscos pré-existentes de multiparidade.

§ Único O número de oócitos e pré-embriões a serem transferidos poderá ser reduzido em função da melhoria das técnicas cientificamente aceitas de procriação assistida.

Art. 8º São beneficiários desta lei todo homem e mulher – doador e receptor – capazes nos termos da lei, que tenham concordado de maneira livre e consciente em documento de consentimento informado.

Art. 9º As Unidades de Saúde, públicas ou privadas, que aplicarem técnicas de Reprodução Humana Assistida são responsáveis pelo controle de doenças infecto-contagiosas,

coleta, manuseio, conservação, distribuição e transferência de material biológico humano para os usuários – doadores e receptores – e para o possível nascituro, devendo apresentar como requisitos mínimos para funcionamento:

I – um responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico;

II – registro permanente, obtido através de informações observadas ou relatadas por fonte competente das gestações, nascimentos e mal-formações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de Reprodução Humana Assistida aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de oócitos e pré-embriões;

III – registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos usuários das técnicas de Reprodução Humana Assistida, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças.

Art. 10 A doação de oócitos ou embriões obedecerá às seguintes condições:

I – a doação é um ato de solidariedade humana, sendo vedado sua realização com qualquer caráter lucrativo ou comercial;

II – os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa, salvo em situação de doação homóloga ou heteróloga consentida, sendo necessária a aprovação de ambos, após processo semelhante de consentimento informado.

III – obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de oócitos e pré-embriões, assim como de doadores e receptores heterólogos consentidos, ressalvadas as situações especiais de motivação médica, nas quais as informações sobre doador e receptor poderão ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando a identidade civil de ambos.

IV – as unidades de saúde que realizarem doação de oócitos e pré-embriões devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores;

V – na região de localização da unidade de Reprodução Humana Assistida o registro das gestações evitará que um doador tenha produzido mais que 2 (duas) gestações, de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes;

VI – a escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade que detém o conhecimento técnico científico que, dentro do possível, no consentimento informado, propiciará ao receptor a escolha, buscando garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

VII – É vedado ao médico responsável pela unidade de saúde, aos integrantes da equipe multidisciplinar, aos demais servidores que prestam serviços na respectiva unidade de saúde, bem como aos servidores das demais unidades aplicadoras de técnicas de Reprodução Humana Assistida, participarem como doadores.

Art. 11 - As unidades de reprodução humana assistida poderão criopreservar espermatozóides, óvulos e pré-embriões.

§ 1º - O número total de embriões produzidos em laboratório será comunicado a cada pessoa receptora, de per si interessada, para que se decida quantos embriões serão transferidos a fresco, podendo o excedente ser criopreservado.

§ 2º - No momento da criopreservação, os doadores e receptores devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos pré-embriões criopreservados, e condições de sua doação em casos de doenças graves ou de falecimento de um deles ou de ambos.

Art. 12 As técnicas de procriação assistida também podem ser utilizadas na prevenção e tratamento de doenças genéticas ou hereditárias, quando científica e eticamente indicadas e com suficientes garantias de diagnóstico e terapêutica.

§ 1º Toda intervenção sobre pré-embriões "in vitro", com fins diagnósticos, não poderá ter outra finalidade que a avaliação de sua viabilidade ou detecção de doenças genéticas ou hereditárias, sendo obrigatório o consentimento informado de doadores ou receptores.

§ 2º Toda intervenção com fins terapêuticos, sobre pré-embriões "in vitro", não terá outra finalidade que tratar uma doença ou impedir sua transmissão, com garantias reais de sucesso, sendo obrigatório o consentimento informado dos doadores e receptores.

§ 3º O tempo máximo de desenvolvimento de pré-embriões "in vitro", será de quatorze dias.

Art. 13 As unidades de Reprodução Humana Assistida podem usar técnicas para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética.

§ **Único** Na doação temporária do útero é vedado qualquer caráter lucrativo ou comercial.

Art. 14 À Comissão de Ética das unidades de Reprodução Humana Assistida, sempre que solicitado, compete testemunhar o consentimento informado, acompanhar, avaliar e prestar informações e esclarecimentos ao Conselho de Saúde e ao Gestor do Sistema Único de Saúde do local onde estiver localizado o estabelecimento, sobre as práticas das técnicas de reprodução humana assistida das respectivas unidades de saúde públicas e privadas, nos termos desta lei.

Art. 15 Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam as técnicas de procriação assistida.

Art. 16 A instituição, pública ou privada, e profissionais de saúde que contrariarem o disposto nesta lei, estão sujeitos às penalidades previstas na legislação civil e penal em vigor.

Art. 17 É facultado ao Poder Executivo da localidade onde estiver localizado o estabelecimento, com interveniência da respectiva Secretaria de Saúde, celebrar convênios ou outros instrumentos de cooperação na promoção da saúde e prevenção, com órgãos públicos de qualquer esfera, bem como com universidades e organizações não governamentais, visando ao acompanhamento, execução e avaliação das ações decorrentes desta lei.

Art. 18 O Poder Executivo regulamentará a presente lei no prazo de cento e oitenta dias, contados da sua publicação.

Art. 19 Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 20 Revogam-se as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

A Constituição Federal de 1988 e a Lei 8080/90 ao garantir o direito de cidadania, garantem o direito à assistência social e à saúde a quem delas necessitarem de ações de promoção e prevenção, bem como da assistência e da reabilitação.

O planejamento familiar é direito de todo o cidadão, observado o disposto na Constituição e na lei.

Entende-se como planejamento familiar o conjunto das ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Na legislação brasileira é proibida a utilização das ações de planejamento familiar para qualquer tipo de controle demográfico e étnico. O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Neste contexto do direito de cidadania, também se encontra a situação de infertilidade masculina e feminina que tem demandado os serviços de saúde, públicos e privados do país com problemas relacionados ao direito de procriação.

A partir do momento em que ocorreu a procriação do primeiro bebê de proveta do mundo, a polêmica situação da fertilização “in vitro” e das técnicas de reprodução humana assistida, vem constituindo demandas de algumas pessoas na sociedade, em busca de soluções para problemas de infertilidade e o desejo de procriar.

A infertilidade, segundo a Organização Mundial de Saúde é a incapacidade de procriar, após um ano de relacionamento sexual sem uso de medidas contraceptivas. Segundo Donádio (1987) 60%, dos casos são referentes à mulher, 40% ao homem e 20% ao casal.

A defesa democrática dos direitos reprodutivos inclui o acesso ao tratamento da infertilidade – nos casos em ela é de fato uma doença – e a segurança destas terapias.

Foge à nossa competência ética “julgar” quem deve ter ou não uma prole, mas é uma obrigação ética apoiar as pessoas em suas decisões em matéria de procriação e ampliar o poder de decisão delas em questões de tamanha complexidade, bem como exigir segurança e bem estar da atividade e dos produtos da ciência.

As causas da infertilidade, em mulheres e homens são desde causas anatômicas ou biológicas a distúrbios emocionais, seqüelas de doenças infecciosas, neoplasias, questões imunológicas e hormonais a problemas sociais e ambientais, incluindo ainda a esterilização química, radioativa ou cirúrgica.

É legítimo dizer que a infertilidade é muito mais uma condição social que biológica. Além do que está comprovado que a maior parte dos casos de infertilidade cura “com o tempo”. Em que pese esta situação, o fato é que a procriação artificial começou com a inseminação artificial, que consiste na introdução do sêmem no útero no período de ovulação. É denominada de homóloga quando utiliza o sêmem do cônjuge ou companheiro e de heteróloga quando o sêmem é de um doador, pressupondo que a mulher ovule; caso contrário pode, também, haver doação de óvulo.

Desta fase, evoluiu-se para as técnicas de procriação assistida em conjunto de técnicas que objetivam fazer com que uma mulher engravide, quando ela é infértil, ou seu companheiro, ou ambos. A fertilização “in vitro” e a transferência de embriões, tornaram-se públicas no mundo inteiro, surgindo a prestação destas técnicas a usuários, em unidades de saúde, de caráter público e privado, no mundo em geral e no Brasil em particular.

Considerando que estas técnicas se utilizam da hiperestimulação hormonal, da superovulação e do implante múltiplo e simultâneo de embriões, bem como de procedimentos de retiradas de óvulos e espermatozóides, presume-se que tudo isto represente risco a receptores e doadores, sem falar dos aspectos emocionais, mentais, culturais, éticos e sociais, que podem ocorrer neste processo, com a saúde dos envolvidos e dos possíveis nascituros.

Em relação a nascituros, sabe-se que a prematuridade é três vezes superior aos nascimentos concebidos naturalmente. A prematuridade está associada à gemelaridade que é em torno de 20% dos nascimentos. Somam-se ainda os riscos da multiparidade.

Não há como deixar de admitir as possibilidades de manipulação do futuro ser e os riscos que poderá representar, se não se levar em conta as implicações sociais e éticas envolvidas, uma vez que dentre um certo número de embriões, alguns são escolhidos como viáveis, na busca de eficácia, eficiência e segurança nas práticas utilizadas e resultados obtidos. É ainda muito tênue o divisor entre o tratamento de infertilidade por meio da procriação assistida e da experimentação.

A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde: Normas de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e a Resolução nº1358/92 do Conselho Federal de Medicina, não são suficientes do ponto de vista das garantias e de segurança aos usuários de tais técnicas de procriação assistida.

É com a intenção de ampliar a salvaguarda da cidadania sobre os benefícios e possíveis efeitos colaterais da procriação assistida, que poderá surpreender os menos informados e considerando que é justo e ético que as pessoas tenham o direito de decidir e de dar ou não o

consentimento informado, é que este projeto de lei se faz necessário na construção do controle social, jurídico e ético sobre a ciência e a tecnologia.

É, também, dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde e instâncias parceiras do sistema educacional, técnicos e científicos, assegurar o livre exercício do planejamento familiar, dentro da legalidade e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Esperamos que a presente proposta possa contar com o apoio dos nobres pares para sua aprovação.

Sala das Sessões,

ANEXO G

ANEXO G - PROJETO DE LEI Nº 5624 , DE 2005.

Cria Programa de Reprodução Assistida no Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art 1º. – Fica instituído em todo território nacional, Programa de Reprodução Assistida no Sistema Único de Saúde, a ser desenvolvido pelos estabelecimentos e conveniados ao Ministério da Saúde;

Art 2º. – São objetivos do programa instituído no artigo anterior:

I – Introduzir e garantir a oferta de atendimento ao usuário que necessite de auxílio na reprodução humana assistida;

II – Prestar auxílio, assistência e orientação especializada dos órgãos de saúde à pessoa com problemas de fertilidade;

III – Desenvolver de projetos e ações destinados à garantia da saúde reprodutiva;

IV – Oferecer técnicas de reprodução assistida a pessoas portadoras de doenças genéticas e infecto-contagiosas;

V – Oferecer atendimento destinado a procedimentos de atenção básica à alta complexidade.

Art 3º. – Dentre as ações de auxílio, assistência e orientação, destacam-se:

I – A oferta de atendimento médico e laboratorial especializado na rede pública de saúde;

II – A oferta de atendimento assistencial, psicológico e terapêutico;

Art 4º. – Para a realização dos objetivos previstos neste Programa, o Poder Público firmará convênios e parcerias com entidades públicas ou privadas, governamentais ou não-governamentais, destinando-lhes, se necessário, aporte de recursos para a efetivação de suas atividades;

Art 5º. — Esta lei será regulamentada pelo Poder Executivo, no prazo de 180 dias de sua publicação;

Art 6º. – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas disposições em contrário.

JUSTIFICATIVA

O presente projeto de lei destina-se a incluir na rede pública de atendimento à saúde, programa específico de auxílio e atendimento à reprodução assistida, garantindo à pessoa com problemas de fertilidade a devida atenção, auxílio e tratamento do Sistema único de Saúde;

Segundo a Organização Mundial da Saúde e sociedades científicas, entre 8% e 15% dos casais têm algum problema de infertilidade definindo-se infertilidade como a incapacidade de um casal engravidar após 12 meses de relações sexuais regulares sem uso de contracepção. Com o intuito de elaborar uma política nacional para atenção integral em reprodução humana assistida na rede SUS, o presente projeto destina-se a atender, sobretudo às pessoas, cuja dificuldade econômico-financeira não permite atendimento, permitindo-lhes a garantia da saúde reprodutiva, com o devido acompanhamento médico;