Instituto de Bioética da PUCRS.

Aspectos bioéticos da reprodução assistida no tratamento da infertilidade conjugal

Bioethical issues of assisted reproduction in infertility treatment

Mariangela Badalotti[1]

RESUMO

A aspiração à reprodução é tida como um objetivo essencial de vida, legítimo e incontestável. A infertilidade acarreta para muitas pessoas uma crise vital prolongada e o estresse resultante frequentemente leva à morbidade emocional e a problemas interpessoais. Um entre cada seis casais apresenta infertilidade e, para 20% deles, o único caminho para obter gestação e, consequentemente, filhos é a reprodução assistida. Este texto discute os aspectos bioéticos da fertilização *in vitro* no tratamento da infertilidade, com o objetivo de contribuir para a reflexão e o debate desta temática pela comunidade científica. Abordamos as questões relacionadas ao casal, ao embrião e ao nascituro, considerando também o uso de gametas doados e de cessão temporária do útero.

UNITERMOS: Infertilidade, Fertilização *In Vitro*, Bioética, Doação de Oócitos, Mães Substitutas.

ABSTRACT

The aspiration for reproduction is considered as a crucial, legitimate and unquestionable goal in life. For many people, infertility leads to a prolonged life crisis, and the resulting stress often leads to emotional morbidity and interpersonal problems. One in six couples suffers from infertility, and for 20% of them, the only way to achieve pregnancy and have children is Assisted Reproduction. This paper discusses the bioethical aspects of IVF treatment for infertility, so as to contribute to the reflection and discussion of this topic by the scientific community. We address issues concerning the couple, the embryo and the unborn child, also addressing the use of donated gametes and surrogate uterus.

KEYWORDS: *Infertility, In Vitro Fertilization, Bioethics, Oocyte Donation, Surrogate Mothers.*

INTRODUÇÃO

A aspiração à reprodução é tida como um objetivo essencial de vida, legítimo e incontestável. A infertilidade acarreta para muitas pessoas uma crise vital prolongada e o estresse resultante frequentemente leva à morbidade emocional e a problemas interpessoais.

Um entre cada seis casais apresenta infertilidade. No Brasil, tomando-se como referência a população do censo de 2000 (aproximadamente 170 mihões de habitantes), estamos falando de 6,5 milhões de pessoas, de 500 mil novos casais inférteis ao ano (1).

Para 20% dos casais inférteis, o único caminho para obter gestação – e, consequentemente, filhos – é a reprodução assistida (RA), que é um conjunto de técnicas laboratoriais que visa a obter uma gestação, substituindo ou facilitando uma etapa deficiente no processo reprodutivo.

O nascimento de Louise Brown, o primeiro "bebê de proveta", em 1978, deu nova perspectiva ao tratamento da infertilidade (2) e rendeu a Robert Edwards o Prêmio Nobel em Medicina de 2010. Nesses 30 anos ocorreram mais de três milhões de nascimentos através dessa técnica e suas variantes (3).

Esse avanço tecnológico, associado à doação e criopreservação de gametas e embriões e à gestação substitutiva, aumentaram as possibilidades de tratamento da infertilidade e propiciaram novos métodos e novos tipos de constituição familiar. Essas formas de concepção e filiação requerem

[1] Doutora em Patologia pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Mestre em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Graduada em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora da disciplina de Ginecologia na Faculdade de Medicina da PUCRS, Coordenadora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Ginecologia do HSL/PUCRS, Chefe do Serviço de Ginecolgia do Hospital São Lucas da PUCRS, Diretora do Fertilitat – Centro de Medicina Reprodutiva e Coordenadora do Comitê de Bioética do HSL/PUCRS.

022-732_bioética_aspectos.pmd 478 21/12/2010, 13:44

especial atenção por demandarem aos sujeitos envolvidos e à sociedade reflexão e adaptação às modificações por elas impostas (1).

Vem ocorrendo aumento progressivo das taxas de gestação por RA, assim como de sua indicação. Atualmente, cerca de 1% de todos os recém-nascidos nos Estados Unidos e de 3,5-4,0% daqueles da Bélgica, Dinamarca e Finlândia decorrem de tratamentos de reprodução assistida (RA) (4-6).

As técnicas de RA e o contexto em que são utilizadas constituem uma vasta área de discussão ética que envolve o bem-estar da criança, o bem-estar da mulher/casal e dos outros envolvidos – doadores, gestante substitutiva. Outro aspecto a ser analisado é a possível destruição involuntária de embriões humanos. Além disso, os desdobramentos da RA – seleção de sexo, reprodução póstuma – e principalmente sua associação com a genética – diagnóstico pré-implantacional – geram preocupação em relação ao controle sobre a procriação.

A primeira manifestação ética em relação à reprodução assistida veio da Inglaterra, através do Relatório Warnock, publicado em 1984. A partir de então vários outros países, sociedades científicas e grupos religiosos também se manifestaram sobre o assunto. No Brasil, em 1992, o Conselho Federal de Medicina publicou as Normas Éticas para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida (7).

Neste texto abordaremos os aspectos bioéticos da RA, mais especificamente os aspectos bioéticos da fertilização *in vitro* no tratamento da infertilidade – com gametas próprios ou doados, com útero próprio ou cedido –, com o objetivo de contribuir para a reflexão e o debate desta temática pela comunidade científica.

A FERTILIZAÇÃO *IN VITRO* (FIV)

A fertilização *in vitro*, como o próprio nome já diz, é a aquela em que a fertilização e o desenvolvimento inicial dos embriões ocorrem fora do corpo, no laboratório, e os embriões resultantes são transferidos habitualmente para o útero. O número de embriões transferidos pode variar de um a quatro, dependendo da idade feminina.

O índice médio de gravidez em laboratórios qualificados gira em torno de 20-50% por ciclo, de acordo com a idade feminina – quanto maior a idade, menor é a chance de gravidez.

Normalmente, a mulher produz um óvulo por ciclo. Quando se faz FIV, para que se obtenha o número adequado de embriões, são necessários vários óvulos. Para obtê-los, a mulher é submetida à aplicação diária de hormônios injetáveis, durante 10 a 20 dias. Durante esse período, para monitorar a estimulação da ovulação, são realizadas várias ecografias e exames de sangue. A coleta dos óvulos é feita por aspiração transvaginal, sob guia ecográfica, com a paciente analgesiada. É um procedimento ambulatorial cujos riscos, ainda que baixos, existem; o mais comum é a hiperestimulação ovariana, sendo rara a ocorrência de perfuração acidental de vasos, intestino ou bexiga, e infecção. Pelo exposto, depreende-se que a obtenção de óvulos é um processo oneroso, que pode provocar desconforto e não é isento de riscos.

A fertilização pode ocorrer de duas formas. Uma dita convencional, através da aproximação de óvulos e espermatozoides; a segunda, através da deposição mecânica de um único espermatozoide no interior do citoplasma do óvulo, denominada injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). A indicação de uma ou outra técnica depende da causa da infertilidade, da idade feminina, do número de óvulos obtidos e da avaliação dos gametas no dia do procedimento.

Usada inicialmente para resolver o problema dos casais em que a mulher apresentava fator tubário irreversível, a indicação foi ampliada e hoje é utilizada em casos de fator masculino, endometriose, fator imunológico e infertilidade sem causa. A ICSI resolve o problema da infertilidade por fator masculino severo e permite gravidez até para indivíduos azoospérmicos, através da utilização de espermatozoides retirados do epidídimo e do testículo, além de ter sua indicação estendida para alguns fatores femininos.

O President's Council on Bioethics (8) questiona a RA de três formas: o fato, o princípio e o julgamento. As questões sobre o fato giram em torno da segurança do procedimento. As questões sobre princípios abordam temas como o significado moral da destruição embrionária acidental durante o tratamento. As questões de julgamento enfocam se o grau de risco da mãe ou da criança é justificado em casos em que correr o risco é a única forma de ter filhos biologicamente relacionados.

Sob a ótica do principialismo, a FIV envolve a beneficência e a autonomia em relação ao casal e à não maleficência em relação ao embrião e ao nascituro.

Didaticamente, abordaremos os aspectos relativos à decisão do casal, à questão da manipulação embrionária e às consequências para o nascituro e na constituição familiar.

O casal

A RA propicia a realização de um sonho, concretiza o desejo de maternidade e paternidade, gerando bem estar socioemocional – beneficência. Entretanto, os procedimentos geralmente são praticados em casais com grande comprometimento emocional. O sofrimento gerado pela infertilidade, na maioria das vezes produto de um longo período de frustrações, certamente torna o casal vulnerável diante da perspectiva de gestação. A situação dramática da infertilidade faz com que os casais se disponham a tudo para superá-la,

022-732_bioética_aspectos.pmd 479 21/12/2010, 13:44

retirando a procriação do âmbito privado e colocando-a cada vez mais nas mãos da medicina e suas novas revoluções (1). Assim, deve haver total esclarecimento em relação à técnica, bem como informação sobre alternativas de tratamento. O casal deve entender perfeitamente como é o procedimento, incluindo a etapa laboratorial, da mesma forma que é importante que tenha bem claras as chances de sucesso, sempre adequadas à idade da mulher, e os riscos inerentes ao procedimento. Dessa forma é respeitada a autonomia do casal, que exercita a liberdade de procriação mediante o consentimento informado.

O embrião

Vários questionamentos bioéticos são colocados no que tange ao embrião, que giram em torno da vulnerabilidade e da possibilidade de sua destruição involuntária. Como o embrião é produzido em laboratório, o papel da mãe natural, de proteger com seu próprio corpo o embrião desde a concepção, pode legitimamente ser transferido para outra pessoa. Logo, a FIV torna os embriões vulneráveis, expondo-os a risco de dano, descarte, uso em experimentos ou a qualquer outro risco (8, 9).

O *status* moral do embrião

O *status* moral do embrião, que está intimamente ligado com as questões de quando começa a vida humana e com a definição de pessoa, é um ponto-chave no debate ético (10). É controverso se o embrião é um ser humano desde o momento da fertilização. Para os que defendem que a vida humana começa no momento da fertilização, o embrião tem os mesmos direitos que uma pessoa, é merecedor de todo respeito e deve ser protegido como tal. Dois argumentos sustentam esse raciocínio: o primeiro é que o embrião tem o potencial de tornar-se uma pessoa, e o segundo é que ele está vivo e tem direito à vida (11). Além disso, que o fato de o embrião ser pequeno ou ter poucas células não significa nada, pois a dignidade humana não é proporcional ao tamanho do indivíduo (MICHAEL COOK). Há quem considere o embrião apenas como um conjunto de células e, sendo assim, não o julga merecedor de nenhuma diferença de tratamento em relação a outro grupo celular. Há ainda quem se posicione de forma intermediária, defendendo que o embrião tem *status* especial, mas que não se justifica protegê-lo como a uma pessoa (12).

Os embriões que não se implantam

Outro questionamento é o que ocorre com os embriões transferidos que não se implantam. A resposta da ciência é que o mesmo ocorre em ciclos espontâneos, em que somente em torno de 40% dos embriões se implantam. Hoje se sabe que grande parte deles – até 60% – têm alterações estruturais que os tornam inviáveis, o que justifica, ao menos em parte, que nem todos se implantem. Dessa forma, este acontecimento da FIV reproduz o que ocorre em ciclos espontâneos e não deve ser considerado um atentado à vida humana. Além disso, segundo alguns autores, se são transferidos três embriões e nasce uma criança, não se pode dizer com certeza que a vida dos outros dois embriões foi interrompida, uma vez que as células poderiam se unir e formar um só embrião (quimera) (13).

Os embriões excedentes

Outro ponto de discussão é a problemática dos embriões excedentes, já que a FIV pode gerar um número de embriões maior do que se pretende transferir. E o que fazer com esses embriões: criopreservar, doar para casais inférteis, utilizar em pesquisa, destruir?

A doação para outros casais inférteis deve ser considerada um ato altruísta, e para os embriões que não serão utilizados é a única chance de chegar à vida.

Do ponto de vista ético, a destruição é indefensável, e a manipulação a que os embriões podem ser submetidos deve ser limitada, sendo aceitáveis somente procedimentos potencialmente benéficos (terapêuticos), o que não existe neste momento.

Tem suscitado grande discussão a questão da utilização de embriões para pesquisa de células-tronco (clonagem terapêutica). A opção de doação de embriões para pesquisa fere a dignidade do embrião, como já ficou explicitado no Código de Nuremberg, apesar de ser prática aceita por alguns. Os críticos à prática apresentam como duas objeções que: ainda que a finalidade seja nobre, é errado porque envolve destruição de embriões humanos; que cada vida humana começa com um embrião e que a vida humana é inviolável, não importa em que estágio de desenvolvimento esteja ou que tamanho tenha; outros argumentam que mesmo que não fosse errado, abriria a oportunidade para uma série de práticas desumanizantes (*slipery slope*) e comodificação da vida humana (14). Os defensores, dentre eles Peter Singer, têm visão utilitarista: a pesquisa com células-tronco embrionárias é uma grande promessa para o tratamento de doenças crônicas e debilitantes, que atualmente não têm tratamento. Além disso, propõe que o fato de cada vida humana começar pelo embrião, não prova que o embrião é uma pessoa, assim como uma árvore começa com uma semente, mas uma semente não é uma árvore (15). Este é o primeiro grande debate em que a saúde, e não a dignidade da vida humana é considerada como de maior valor (14). Tudo que pode, deve ser feito?

022-732_bioética_aspectos.pmd 480 21/12/2010, 13:44

Alguns países permitem a utilização de embriões para clonagem terapêutica. A Task Force on Ethics and Law, da Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE – European Society of Human Reproduction and Embriology), o Comitê de Ética da ASRM e a Human Fertilization and Embriology Authority (HFEA) aceitam, mediante consentimento informado dos pais (16-18). No Brasil, em 2005 foi aprovado projeto de lei que permite a utilização de embriões congelados há mais de três anos para pesquisa de células-tronco, se este for o desejo dos pais (19).

O congelamento embrionário

A criopreservação dos embriões excedentes, com a finalidade de uso futuro para obtenção de gravidez, é passível de objeção bioética. A problemática do método está ligada às questões bioéticas de respeito aos embriões, pois o congelamento fere a dignidade dos mesmos. É objetável que possam ser deliberadamente colocados em uma situação onde seu desenvolvimento natural seja suspenso, e suas vidas e futuro colocados em perigo – o índice de sobrevivência pós-descongelamento é da ordem de 70-80%.

Existe também a problemática em caso de os pais desistirem da transferência, separarem-se ou morrerem. Os embriões criopreservados têm sido objeto de discussões legais quando muda a circunstância dos adultos envolvidos com eles – disputa pela guarda e utilização, discordância em relação ao uso, etc.

O congelamento pode também representar apenas o adiamento do que fazer com os embriões excedentes, uma vez que uma parte deles não será transferida posteriormente, no caso de abandono dos mesmos. Na Inglaterra, alguns anos atrás, foram destruídos milhares de embriões não reclamados (20). O Comitê de Ética da ASRM considera abandono embrionário quando os pais ficam sem fazer contato com a clínica por mais de cinco anos, apesar dos esforços para localizá-los. Nesses casos julga eticamente aceitável que sejam doados para outros casais inférteis ou para pesquisa (21).

A criopreservação torna-se eticamente aceitável quando passa a ser a maneira desses embriões chegarem à vida. Esses embriões, sejam ou não pessoas humanas, atuais ou potenciais, vivem somente graças à ciência e à técnica. E a intenção é que vivam, ainda que se saiba que suas possibilidades certamente são limitadas (13).

O congelamento de óvulos é uma alternativa eticamente adequada no caso de óvulos excedentes. Esses podem ser posteriormente descongelados e utilizados para gravidez pelo próprio casal, com chances de sucesso comparáveis às proporcionadas por embriões criopreservados, podem ser doados para outros casais inférteis, podem ser destinados à pesquisa ou descartados, sem impedimento ético. Atualmente alguns países estão legalmente evitando a criação de embriões excedentes, permitindo a inseminação de apenas dois ou três óvulos.

A criança

É fundamental ter claro que a criança não deve ser um meio mas um fim em si mesma.

Ela é uma parte vulnerável do processo, e essa discussão é especialmente importante quando alguma técnica a coloque sob risco. O bem-estar da criança como preocupação moral é uma noção relativamente nova, que evoluiu principalmente do acaso para a escolha de parentalidade (22). Existirá restrição ética ao procedimento se houver risco de maleficência à criança.

Inicialmente havia discussão quanto à possibilidade de dano emocional, mas vários estudos atestam que o desenvolvimento socioemocional é normal e não existe maior incidência de problemas emocionais ou comportamentais nessas crianças (23, 24).

Atualmente a discussão está centrada nos riscos de anormalidade genéticas, de malformações e de prejuízo cognitivo. A RA não aumenta o risco de anormalidades genéticas. Evidências recentes mostram que a fertilização *in vitro*, por si, não aumenta o risco de anormalidades genéticas; algumas causas de infertilidade podem levar ao aumento dessas alterações, e o casal deve ser amplamente informado sobre isto. O risco de malformações congênitas é discretamente aumentado com RA, permanecendo sempre baixo; parece que a causas são a infertilidade e as características parentais, e não a RA em si (25, 26). Estudos de *follow up* com metodologia adequada não mostram diferenças consistentes no desenvolvimento neuromotor, cognitivo, de linguagem ou de comportamento entre crianças nascidas após FIV/ICSI e as concebidas naturalmente (27-30).

As gestações múltiplas, que foram comuns no passado, determinam maior risco de complicações e mortalidade perinatal, e também têm repercussão familiar, principalmente do ponto de vista socioeconômico, pelas implicações práticas e financeiras desse aumento familiar, especialmente no caso de trigêmeos. O risco de gestação múltipla está diretamente relacionado ao número de embriões transferidos. Diferente do que ocorria no passado, a decisão em relação ao número de embriões a serem transferidos é tomada com base na idade da paciente e nas características morfológicas dos embriões, o que vem levando a considerável redução do índice dessa complicação.

Vários estudos avaliaram o vínculo familiar, vida social, qualidade de relacionamento pais-crianças, e não identificaram diferenças em relação a crianças oriundas de gestação espontânea (28, 31-34).

022-732_bioética_aspectos.pmd 481 21/12/2010, 13:44

Se houver alguma incerteza sobre aspectos médicos ou não médicos (psicológicos, relacionais ou sociais) relacionados ao casal que busca o filho, pode ser necessária uma consulta a outros especialistas, como psicólogos, psiquiatras, geneticistas e pediatras. O especialista em infertilidade deve se recusar a colaborar com um projeto parental que possa acarretar riscos ao nascituro, de forma que sua qualidade de vida seja tão baixa que seria melhor não existir (35).

Ainda em 1985, os procedimentos de RA foram considerados científica e eticamente justificados pela Academia Suíça de Ciências Médicas, se existissem chances reais de sucesso e risco aceitável.

Segre e Schramm (36) defendem a aceitação *prima facie* das técnicas de RA, por serem fruto de uma opção informada, livre e responsável – ou autônoma – e consideradas necessárias para enfrentar problemas relacionados com a reprodução humana, desde que a aceitação esteja acompanhada por uma vigilância eficaz em termos de biossegurança e uma razoável garantia de respeito aos direitos fundamentais dos sujeitos morais envolvidos.

A regulamentação 1.358/92 do Conselho Federal de Medicina (CFM) nos seus princípios gerais deixa claro que a RA deve ser utilizada para auxiliar na resolução da infertilidade e que é proibida a fecundação de oócitos humanos com outra finalidade que não seja a procriação humana. Explicita obrigatoriedade de uso do consentimento informado (7).

A DOAÇÃO DE GAMETAS

Pode ser utilizada quando há ausência de formação de gametas, tanto por parte do homem (azoospermia) quanto da mulher (falência ovariana). Outra situação para emprego de doação de gametas é evitar o risco de transmissão de doenças genéticas.

Do ponto de vista de constituição familiar, sabe-se que a paternidade, a maternidade e a família podem ser estabelecidas legal, afetiva e eticamente sem que haja nenhum vínculo genético, como nos casos de adoção.

As questões bioéticas em relação à doação de gametas envolvem a introdução de um terceiro elemento na relação conjugal (o doador), a forma como os gametas são obtidos (pagamento, não pagamento, motivação dos doadores), a questão do anonimato (ou não), os possíveis danos psicológicos dessas crianças e o risco de consanguinidade. A doação de óvulos possibilita também gravidez após a menopausa, em idade avançada, o que pode suscitar objeções ao risco biológico materno.

Em relação à doação de material genético de forma altruísta e livre de exploração comercial, a grande discussão se concentra na obtenção dos óvulos. Diferente da doação de sêmen, existe um risco para a doadora, que precisará se submeter à estimulação ovariana, através do uso de drogas, e à captação dos óvulos, procedimento invasivo e que necessita anestesia. Frente ao risco, qual é o estímulo da doadora para realizá-lo? Seria a empatia com outra pessoa com o mesmo problema, a infertilidade, caso em que uma mulher que esteja realizando o procedimento doe alguns óvulos para outra que não os produz. O segundo estímulo para a doação seria a possibilidade de gravidez, pois algumas clínicas realizam a doação compartilhada de óvulos: mulheres inférteis que não possuem recursos financeiros para arcar com todos os custos da fertilização assistida podem compartilhar os óvulos com mulheres que os necessitam e que se ocupem com a despesa financeira do procedimento de ambas; nesses casos, ainda que alguns questionem a autonomia da doadora, é um procedimento considerado eticamente adequado, pois há benefício das duas partes envolvidas. Em relação à doação de sêmen, geralmente os bancos pagam seus doadores. Em alguns países também se admite o pagamento da doadora de óvulos.

O fato de se considerar que o uso de gametas de doadores introduziria um terceiro elemento na relação conjugal, especificamente em relação ao uso de sêmen de doador, poderia ser discutida a possibilidade de uma relação vertical entre a mãe e o pai, pela falta de ligação biológica deste com o filho. Pode-se também questionar se não haverá perda da intimidade do casal. Porém, conforme Eduardo López Azpitarte, o problema ético deve ser situado no maior bem da pessoa e da íntima comunhão dos esposos; a partir desse pressuposto, quando de mútuo acordo e depois de tomadas as medidas oportunas, para um casal que busque no filho a prolongação de seu amor, deveria esse procedimento ser rejeitado como ilícito e desumanizante?

Durante muito tempo, o anonimato parecia ser algo inerente à doação de gametas. Parecia ter papel fundamental para que os pais pudessem exercer uma maior influência de suas identidades sobre os filhos. Além disso, a manutenção do anonimato entre doadores e receptores sempre foi considerada de fundamental importância no sentido de se evitarem, no futuro, complexas situações emocionais e legais, com repercussões no desenvolvimento psicológico das crianças nascidas através desse procedimento. Há alguns anos esta questão começou a ser discutida no sentido de que todo o ser humano tem direito de conhecer sua origem biológica. Por outro lado, existe a questão do doador, que, independente da motivação, não tem intenção de paternidade. Essa discussão é assunto atual em todo o mundo. Em alguns países o anonimato não é obrigatório, em outros se mantém obrigatório e outros garantem a identificação do doador para seu descendente genético.

Outro foco de discussão é a doação de gametas intrafamiliar, estimulada há muito tempo na Áustrália com o objetivo de manter a mesma carga genética dentro da família e de diminuir o risco de consanguinidade. Mais recentemente os USA também começaram a incentivar essa prática. Os aspectos a serem discutidos nesses casos são a reper-

022-732_bioética_aspectos.pmd 482 21/12/2010, 13:44

cussão psicológica e o conflito que podem gerar no relacionamento entre esses familiares, com especial atenção à criança e a motivação do(a) doador(a), que deve optar livremente em participar do processo.

Estudos mostram crianças oriundas de gametas doados bem ajustadas em termos de desenvolvimento social e emocional (37, 38). Muitos pais consideram que seus filhos têm menos problemas de conduta e que eles são pais mais competentes (39). Diferente do que ocorria no passado, a tendência atual é de os pais informarem os filhos sobre sua origem (38, 40).

Em relação ao risco de consanguinidade, cada país cria artifícios para diminuí-lo. Nos Estados Unidos, um doador não pode produzir mais de dois filhos em uma área de mil quilômetros quadrados (41); no Brasil, um doador não pode produzir mais de dois filhos de sexo diferente, numa área de um milhão de habitantes (7).

A Resolução do CFM estabelece que a doação de gametas: deve ser gratuita e anônima; por motivos médicos podem ser fornecidos dados clínicos do doador para médicos, ficando resguardada sua identidade civil; para isso, as clínicas, os centros ou serviços responsáveis pela doação devem manter, permanentemente, o registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e amostragem de material celular dos doadores (7).

GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO

A ideia de uma outra mulher gestar um filho para um casal cuja mulher seja estéril é bastante antiga. Pode ser vista no Antigo Testamento, quando Sarah diz a Abraão: "... Eis que o Senhor me fez estéril para que não dê a luz, toma pois minha escrava, a ver se ao menos por ela posso ter filhos..." (Gênesis, 30, 1-2, 22).

Tecnicamente, a gestação substitutiva é a transferência de embriões gerados com os gametas do casal que busca o filho, para o útero de uma mulher que o alugue ou empreste.

A utilização temporária do útero de outra mulher está indicada nos casos de síndrome de Rokitansky (ausência congênita do útero), em pacientes histerectomizadas (que tiveram o útero retirado), em casos de alterações anatômicas do útero que inviabilizem gravidez, em casos de abortamento de repetição sem causa, refratário a tratamento empírico, e se houver contraindicação clínica à gravidez.

Este assunto gera controvérsia tanto na sociedade quanto no meio médico. Do ponto de vista ético, os questionamentos são a presença de um terceiro elemento na relação conjugal, as questões ligadas à seleção da doadora, à exploração comercial do uso temporário do útero, sem contar que pode haver disputa pela criança ou o abandono da mesma.

Os argumentos a favor da realização do procedimento são que esse arranjo pode beneficiar as duas partes, e proibi-lo seria limitar a autonomia do casal infértil e das substitutas; o fato de a infertilidade e o sofrimento resultante serem injustos; a falta de solução alternativa; as dificuldades da adoção; e o fato de ser a única alternativa de parentalidade genética. As objeções referem-se à seleção da substituta (vínculo comercial ou familiar) – a gestação substitutiva pode ser um ato de generosidade e altruísmo, ou ter finalidade apenas lucrativa; à preocupação sobre a possibilidade de exploração de mulheres eocnomicamente vulneráveis, que não avaliariam adequadamente os riscos do procedimento em função da vantagem econômica; aos riscos do procedimento; à possibilidade de haver disputa ou abandono do nascituro; aos possíveis malefícios para filhos já existentes e à presença de um terceiro elemento na relação conjugal, levando à perda de privacidade/intimidade.

Quando da utilização das técnicas de reprodução assistida, deve-se levar em conta a proibição de toda e qualquer conduta que sugira a possibilidade de a pessoa humana ser tratada como *coisa*, em respeito ao princípio da dignidade humana. Especialmente nos casos que envolvem a maternidade de substituição, tendo em vista que a instrumentalização da pessoa humana pode fazer com que ela seja tratada como meio e não como fim em si mesma (42).

A maioria dos países não permite o pagamento da substituta, somente dos gastos com a gravidez; porém, alguns consideram aceitável tal remuneração. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina recomenda que as doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco de até segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina (7). Dessa forma, a utilização temporária do útero não terá caráter lucrativo ou comercial. Na mesma resolução, o CFM determina que a doação de gametas deve ser anônima; consequentemente, não é permitida a utilização dos óvulos da substituta.

Se, por um lado, o vínculo familiar evita o caráter mercantil da maternidade substitutiva, de outro pode gerar tensão e uma forma sutil de coação: como poderia uma irmã fértil se negar a emprestar o útero? Além disso, poderia gerar conflitos psicológicos no âmbito familiar, pela duplicidade de papéis (tia-mãe e avó-mãe, por exemplo), pela relação que poderá se estabelecer em determinadas circunstâncias (entre cunhados, por exemplo) e pelas repercussãoes sobre a criança.

É fundamental que seja feito um profundo aconselhamento antes do procedimento, momento em que devem ser amplamente discutidas todas as implicações presentes e futuras em relação ao casal, à possível gestante e outras pessoas envolvidas, como filhos existentes.

A maternidade de substituição é eticamente aceitável se a indicação for por motivos médicos e se a mãe substituta for protegida de forma a não ser explorada.

022-732_bioética_aspectos.pmd 483 21/12/2010, 13:44

CONCLUSÃO

O desejo de ter filhos é um sentimento inato, primitivo. A fertilidade está relacionada à realização pessoal, e a incapacidade de procriar representa uma falha em atingir o destino biológico, além de ser um estigma social. Para alguns casais, a reprodução assistida é a única alternativa para alcançar a parentalidade.

As questões bioéticas da RA dizem respeito à decisão do casal, às questões da manipulação embrionária e às consequências para o nascituro. Envolve a autonomia e o direito reprodutivo do casal, o respeito em relação ao embrião e a não maleficência para a criança, que não deve ser um meio, mas um fim em si mesma.

Neste ponto cabe uma reflexão: qual é o objetivo de quem busca a RA? Ter um filho, formar uma família, desejo reconhecido como uma aspiração legítima do casal, a qual ninguém contesta. Logo, a RA é, sem dúvida, um processo gerador de vida, e um passo essencial, mas apenas um, dentro de uma longa sucessão de etapas essenciais para a formação de um indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farinati DM. Aspectos Emocionais da Infertilidade e da Reprodução Medicamente Assistida. Dissertação de Mestrado (1996). Porto Alegre, PUCRS.
2. Steptoe P, RG E. Birth after reimplantation of a human embryo. Lancet 1978; 2(8085):366.
3. Paulson, R. Pregnancy outcome after assisted reproductive technology. Disponível em www.uptodate.com.
4. CDC – MMWR Surveillance Summaries – 2009/58 (SS05); 1-25. Disponível em http://www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats/.
5. Andersen AN, Goossens V, Bhattacharya S, Ferraretti AP, Kupka MS, de Mouzon J, Nygren KG. Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod. 2009 Jun; 24(6):1267-87.
6. Sutcliff AG, Ludwig M. Outcome of assisted reproduction. Lancet 2007; 370(9584): 351- 9.
7. Conselho Federal de Medicina do Brasil. Resolução No 1.358/92. Jornal do CFM 1992.
8. The Presidents Coucil on Bioethics. Reproduction and Responsibility: The Regulation of New Biotechonologies. In: www.bioethics.gov.
9. The Society for the Protection of Unborn Children. In: www.spuc.org.uk.
10. ESHRE Task Force on Ethics and Law. The moral status of the preimplantation embryo. Human Reprod 2001; 16(5):1046-8.
11. Callahan D. The puzzle of profound respect. Hastings Cent Rep 1995; 25(1):39-40.
12. McLachlan H. Bodies, persons and research on human embryos. Hum Reprod Genet Ethics 2002; 8(1):4-6.
13. Nicholson R. Aspectos éticos da Reprodução Assistida. In: Badalotti MT, C; Petracco, A., editor. Fertilidade e Infertilidade Humana. Rio de Janeiro: Medsi; 1997.
14. Michael Cook. Ethics as our guide. PLoS Biol. 2004 June; 2(6): e170. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC423144/
15. Sandel. Embryo Ethics – The Moral Logic of Stem-Cell Research. NEJM 2004; 351; 3:207-9.
16. Human Fertilisation and Embriology Authority. In: www.hfea.gov.uk.
17. ESHRE Task Force on Ethics and Law. In: www.eshre.com.
18. The Ethics Commitee of the American Society of Reproductive Medicine. In: www.asrm.org.
20. Bredkjaer H, Grudzinskas J. Cryobiology in human assisted reproductive technology. Would Hippocrates approve? Early Pregnancy 2001; 5(3):211-3.
21. The Ethics Commitee of the American Society of Reproductive Medicine. Disposition of abandoned embryos. Fertil Steril 1997; 67(5 (suppl 1)):1S.
22. Pennings G, Wert G, Shenfield F, Cohen J, Tarlatzis B, Devroey P. ESHRE Task Force on Ethics and Law 13: the welfare of the child in medically assisted reproduction. Hum Reprod 2007; 22(10): 2585-2588.
23. Pinborg A. IVF/ICSI twin pregnancies:risks and prevention. Hum Reprod Update 2005; 11:575-93.
24. Blickstein I. Does assisted reproduction technology, per se, increase the risk of preterm birth? BJOG 2006; 113(Suppl. 3):68-71.
25. Allen VM, Wilson RD, Cheung A, Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Reproductive Endocrinology Infertility Committee. Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology. J Obstet Gynaecol Can 2006 Mar; 28(3):220-50.
26. El-Chaar D, Yang Q, Gao J, Bottomley J, Leader A, Wen SW, Walker M. Risk of birth defects increased in pregnancies conceived by assisted human reproduction. Fertil Steril 2009; 92(5): 1557-61.
27. Knoester M, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Westerlaken LAJ, Walther FJ, Veen S, on behalf of the Leiden Artificial Reproductive Techniques Follow-up Project (L-art-FUP). Perinatal outcome, health, growth, and medical care utilization of 5- to 8-year-old intracytoplasmic sperm injection singletons. Fertil Steri 2008; 89(5):1133-46.
28. Middelburg KJ, Heineman MJ, Bos AF, Hadders-Algra M. Neuromotor, cognitive, language and behavioural outcome in children born following IVF or ICSI-a systematic review. Hum Reprod Update 2008; (14)3:219-31.
29. Middelburg KJ, Heineman MJ, Bos AF, Pereboom M, Fidler V, Hadders-Algra M. The Groningen ART cohort study: ovarian hyperstimulation and the in vitro procedure do not affect neurological outcome in infancy. Hum Reprod 2009; 24(12): 3119-26.
30. Carson C, Cognitive development following ART: effect of choice of comparison group, confounding and mediating factors. Hum Reprod 2010; 25(1): 244-52.
31. Ludwig AK, A.G. Sutcliffe AG, K. Diedrich K, M. Ludwig M. Postneonatal health and development of children born after assisted reproduction: A systematic review of controlled studies. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006; 127:3-25.
32. Halliday J. Outcomes of IVF conceptions: are they different? *Best Pract* Res Clin Obstet Gynaecol 2007; 21(1): 67-81.
33. Colpin H e Bossaert G. Adolescents conceived by IVF: parenting and psychosocial adjustment Hum. Reprod. (2008) 23 (12): 2724-2730.
34. Golombok S, Brewaeys A, Giavazzi MT, Guerra D, MacCallum F, Rust J. The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. Hum Reprod. 2002 Mar;17(3):830-40.
35. Good Clinical Treatment in Assisted Reproduction An ESHRE position paper. 2008. Disponível em http://www.eshre.eu/binarydata.aspx?type=doc&sessionId=nff1rnix2vslidjmen541p45/
36. Segre M, Schramm F. Quem tem medo das (bio)tecnologias de Reprodução Assistida? Bioética 2001; 9(2):43-56.
37. Murray C, MacCallum F, Golombok S. Egg donation parents and their children: follow-up at age 12 years. Fertil Steril. 2006 Mar; 85(3):610-8.

022-732_bioética_aspectos.pmd 484 21/12/2010, 13:44

38. Golombok S, Lycett E, MacCallum F, Jadva V, Murray C, Rust J, et al. Parenting infants conceived by gamete donation. J Fam Psychol. 2004 Sep; 18(3):443-52.
39. Lycett E, Daniels K, Curson R, Golombok S. Offspring created as a result of donor insemination: a study of family relationships, child adjustment, and disclosure. Fertil Steril. 2004 Jul; 82(1):172-9.
40. Greenfeld DA. The impact of disclosure on donor gamete participants: donors, intended parents and offspring. Curr Opin Obstet Gynecol. 2008 Jun; 20(3):265-8.
41. The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Ethical considerations of assisted reproductive technologies. Fertil Steril 1997; 67(5 Suppl 1):i-iii, 1S-9S.
42. Brauner MCC. Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético. Rio de Janeiro, Renovar, 2003.
43. Fernandes SC. As técnicas de reprodução humana assistida e a necessidade de sua regulamentação jurídica. Rio de Janeiro, Renovar, 2005.
44. Gama GCNogueira. A nova filiação: o biodireito e as relações parentais: o estabelecimento da paternidade-filiação e os efeitos da reprodução assistida heteróloga. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

✉ Endereço para correspondência:
Instituto de Bioética da PUCRS
Responsável pela seção Bioética: Prof. Dra. Jussara de Azambuja Loch
Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 50, sala 703
90619-900 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3320-3679 – (51) 3320-3849
institutobioetica@pucrs.br

Recebido: 28/10/2010 – Aprovado: 29/10/2010

022-732_bioética_aspectos.pmd 485 21/12/2010, 13:44