

# Tecnologias Reprodutivas Conceptivas

## O Estado da Arte do Debate Legislativo Brasileiro

---

### Debora Diniz

Antropóloga, pós-doutora em Bioética pela Universidade de Leeds, Reino Unido. Diretora da ANIS: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero.

*e-mail:* d.diniz@anis.org.br

Recebido: 12/12/2003

Avaliado e aceito: 19/12/2003

---

### Abstract

*This paper discusses the Brazilian legislative debate on new reproductive technologies. The bill 1184/2003, recently approved by Federal Senate, is analyzed with three others bills: 2855/1997, from Deputy Confúcio Moura (PMDB/RO); 120/2003 from Deputy Roberto Pessoa (PFL/CE); 2061/2003 from Deputy Maninha (PT/DF). The purpose of this paper is to analyze four questions in the bills: the access to new reproductive technologies; the number of embryos transferred in each cycle; the kinship definitions; and the embryos destination. The perspective is that Brazil will have a federal law on new reproductive technologies in 2004.*

---

*Key words:* New Reproductive Technologies; Law; Brazil.

---

### Introdução

O marco ético para o debate legislativo internacional foi o Relatório Warnock, produzido na Grã-Bretanha em 1984. As recomendações deste documento são, ainda hoje, consideradas uma referência internacional para o processo de regulação das tecnologias reprodutivas conceptivas. O grupo de trabalho que compôs o Relatório teve a incumbência de analisar os impactos sanitário, ético e político das tecnologias, pois sabia que "... ao recomendar legislação, estaria recomendando um tipo de sociedade que todos possam defender e admirar...". O fato de as tecnologias reprodutivas conceptivas tocarem em questões fundamentais do nosso ordenamento social, como as idéias de família, parentesco

e filiação, faz que qualquer discussão legislativa extrapole as dimensões estritamente técnicas.

O debate legislativo brasileiro para a regulamentação das tecnologias reprodutivas conceptivas teve um início tardio. Se considerarmos o nascimento do primeiro bebê de pro-  
veta brasileiro como um marco para a institucionalização da Medicina Reprodutiva no Brasil, a discussão legislativa teve um atraso de quase 10 anos. O primeiro projeto de lei, 3.638/1993, do então deputado Luiz Moreira foi o passo inicial para provocar o debate legislativo que somente ganhou fôlego em finais dos anos 1990 com a discussão no Senado Federal. Uma possível explicação para a apatia legislativa em torno do projeto do deputado Luiz Moreira é o fato de que este se resumiu a uma transposição da Resolução 1.358/92 do Conselho Federal de Medicina (CFM), para a esfera legislativa. Esta estratégia fez que se supusesse, erroneamente, que o projeto versava sobre uma questão estritamente técnica para a Medicina Reprodutiva. Foi somente com o anúncio da clonagem da ovelha Dolly e o crescimento da discussão sobre pesquisa genômica com seres humanos e sobre bioética no Brasil que o tema das tecnologias reprodutivas conceptivas ganhou força no Legislativo.

Este artigo apresenta o debate legislativo brasileiro em torno do projeto de lei que se encontra em estágio mais avançado de tramitação, o 1.184/2003, de autoria do Senado Federal. O objetivo deste artigo é, ao apresentar o estado da arte do debate legislativo brasileiro, analisar os projetos de lei a partir de quatro categorias essenciais: a elegibilidade para o acesso às técnicas; o número de embriões transferidos por ciclo reprodutivo; a definição da filiação; e o desti-

no dos embriões. Dado que o projeto 1.184/2003 já foi aprovado pelo Senado Federal, a estimativa é que o Brasil tenha uma lei federal sobre o assunto em 2004.

### Os Projetos de Lei

O projeto de lei que se encontra em estágio mais avançado de tramitação é o 1.184/2003, de autoria do então senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE) e, hoje, do Senado Federal. Ao projeto original foram apresentados dois substitutivos: o do senador Roberto Requião (PMDB/PR) e o do senador Tião Viana (PT/AC). As modificações propostas por estes dois substitutivos foram tão substanciais que a primeira autoria do projeto é muitas vezes desconhecida. O projeto já foi apresentado e discutido em todas as comissões específicas do Senado Federal, tendo sido encaminhado para apreciação pela Câmara Federal em junho de 2003. Na passagem do Senado para a Câmara, foram pensados outros três projetos de lei: 2.855/1997, de autoria do deputado Confúcio Moura (PMDB/RO); 120/2003, do deputado Roberto Pessoa (PFL/CE), e 2.061/2003, da deputada Maninha (PT/DF). O fato de estarem pensados significa que a tramitação legislativa será realizada em conjunto. Qualquer discussão sobre o projeto 1.184/2003 implicará a discussão dos outros três mencionados. A expectativa é que entre os meses de fevereiro e abril seja realizada uma audiência pública na Câmara dos Deputados para discuti-los. O Quadro I resume os quatro projetos.

O projeto de lei 1.184/2003 foi discutido em três reuniões públicas no Senado Federal, uma pela Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) e outras duas pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS). Estiveram presentes 20 especialistas convidados para avaliar o projeto em diferentes estágios da tramitação: seis profissionais de Direito (a grande maioria professores universitários de Direito Civil); nove profissionais de Medicina (entre urologistas, geneticistas e obste-

tras); dois profissionais de Bioética; um representante do governo (Ministério da Saúde) e duas pessoas sem profissão identificada. Grande parte dos convidados representou associações profissionais ou sociedades científicas, como foi o caso da Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência (SBPC), da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) ou da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Além das três reuniões públicas, realizadas entre os anos de 1999 e 2001, houve também, no Senado Federal, o seminário “Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro”, que discutiu a questão da elegibilidade para as técnicas a partir de diferentes interpretações do Direito brasileiro.

### Alguns Pontos Centrais dos Projetos de Lei

A regulação do acesso e do uso das tecnologias reprodutivas toca em questões centrais de nossa vida social e familiar. Não é somente no Brasil que o debate legislativo vem sendo difícil e, muitas vezes, permeado de intransigências morais. Diferentemente do que se poderia esperar com o desenvolvimento da técnica da fertilização *in vitro* (FIV) nos anos 1970, as tecnologias reprodutivas conceptivas não se resumem a um conjunto de procedimentos para solucionar o desejo por filhos por parte de casais com baixa fertilidade ou mesmo infertilidade. Muito embora este seja o principal público-alvo das clínicas de Medicina Reprodutiva no Brasil, pessoas sem restrições de fertilidade também passaram a procurar auxílio das técnicas para realizar o projeto parental. Este é o caso de mulheres sem cônjuge, mulheres homossexuais e, em alguns países, com a possibilidade da gestação de substituição, de homens sem cônjuge e homens homossexuais. Em consequência, um dos assuntos centrais do debate legislativo sobre a regulação das tecnologias reprodutivas conceptivas vem sendo os arranjos familiares, como a família monoparental ou a família homossexual.

**Quadro I**  
**Resumo da Tramitação Legislativa**

<i>Projetos</i>	<i>PL 1.184/2003</i>	<i>PL 2.855/1997</i>	<i>PL 120/2003</i>	<i>PL 2.061/2003</i>
Autoria	Senado Federal	Dep. Confúcio Moura	Dep. Roberto Pessoa	Dep. Maninha
Data de Apresentação	Junho/2003	Março/1997	Março/2003	Setembro/2003
Situação	Relatora Dep. Perpétua Almeida	Apensado PL 1.184/2003	Apensado PL 1.184/2003	Apensado PL 1.184/2003

Fontes: Brasil. Sistema de Informações Legislativas. Câmara dos Deputados. Dezembro de 2003. Brasil. Interlegis. Senado Federal. Dezembro de 2003.

Outro exemplo de uma questão moralmente delicada e que diferencia o debate brasileiro de outros países é a decisão sobre o destino dos embriões supranumerários. Grande parte dos países que regulamentou as técnicas de reprodução assistida partiu de contextos políticos e sociais em que a cultura dos direitos reprodutivos era mais sólida que a brasileira. Apesar de o tema do descarte embrionário ser um problema ético internacional, haja vista as comissões públicas causadas diante da destruição dos embriões congelados no Reino Unido, grande parte dos países optou por delegar a decisão sobre o destino dos embriões às mulheres ou aos casais. Assim como no aborto, o descarte, a doação ou o congelamento dos embriões deveriam ser decisões privadas das pessoas envolvidas, um princípio que o processo legislativo brasileiro tende a não considerar, em nome da sobreposição da imoralidade do aborto e das questões envolvendo as tecnologias reprodutivas conceptivas. Foi exatamente em respeito ao princípio da intocabilidade do embrião humano que o projeto 1.184/2003 desautorizou a criopreservação e pressupôs somente a transferência a fresco, uma determinação altamente contestável pelos profissionais da Medicina Reprodutiva. O **Quadro II** apresenta uma visão geral comparativa entre os quatro projetos.

O projeto 1.184/2003 é o mais extenso e com maior ambição de controle da prática e do acesso às técnicas reprodutivas conceptivas. É também o único que foi submetido ao escrutínio público das sociedades científicas, religiosas e dos movimentos sociais durante sua tramitação no Senado Federal. Há diferenças substanciais entre a primeira versão do projeto, apresentada em 1999, e a aprovada pelo Senado Federal em 2003. O projeto 2.855/1997 é, por sua vez, o que mais se harmoniza com as tendências internacionais de regulação das técnicas reprodutivas conceptivas, em especial no que toca à pesquisa e ao destino dos embriões. No entanto, sua tramitação vem sendo lenta e, até o momento, foi discutido apenas pela Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara Federal, tendo sofrido uma única emenda pela CSSF, relativa ao número de filhos gerados por doador de gametas. Ao contrário do sugerido no projeto original, dois filhos por doador, a emenda propôs um filho por doador para evitar o risco do incesto inadvertido.

O projeto 120/2003 trata da determinação da filiação de futuras crianças geradas por técnicas de reprodução assistida, por isso conta apenas com três artigos. A intenção do projeto é garantir o direito ao reconhecimento das origens biológicas ou genéticas, um argumento que vem ganhando

**Quadro II**  
**Questões Centrais dos Projetos de Lei**

<i>Projetos</i>	<i>PL 1.184/2003</i>	<i>PL 2.855/1997</i>	<i>PL 120/2003</i>	<i>PL 2.061/2003</i>
Destino embriões	Transferência somente a fresco	Autoriza criopreservação e descarte	Não menciona	Autoriza a criopreservação
Determinação de filiação	Filiação social, com possibilidade de quebra do sigilo do doador ou da doadora	Filiação social	Filiação social, com possibilidade de quebra do sigilo do doador ou da doadora	Filiação social e sugere o não-reconhecimento da identidade biológica
Doação de gametas	Autoriza	Autoriza	Supõe autorização	Autoriza
Elegibilidade	Mulheres ou casais	Mulheres	Não menciona	Mulheres ou casais
Gestação de substituição	Não autoriza	Autoriza	Não menciona	Autoriza
Número de embriões	Dois	Não menciona	Não menciona	Quatro
Redução embrionária	Não autoriza	Não autoriza	Não menciona	Não menciona

Fontes: Brasil. Sistema de Informações Legislativas. Câmara dos Deputados. Dezembro de 2003. Brasil. Interlegis. Senado Federal. Dezembro de 2003.

fôlego no debate legislativo brasileiro, com uma forte tendência a se converter em lei. Por fim, o projeto 2.061/2003 é o mais recente no debate legislativo federal e foi resultado de uma tentativa de inclusão deste tema na Câmara Distrital, durante o mandato da deputada Maninha. O projeto foi analisado em uma audiência pública na Câmara Distrital, em 2001, e a iniciativa foi uma resposta à intervenção do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios em um hospital público do Distrito Federal. O projeto incorpora princípios importantes, tais como o de planejamento familiar e de direitos reprodutivos, mas resume-se a ser uma miscelânea da Resolução 1.358/93 do CFM com os projetos anteriores em tramitação.

Alguns temas tendem ao acordo legislativo mais facilmente que outros. O primeiro tema é o da possibilidade de haver doação de gametas. Todos os projetos consideram esta uma prática legítima, desde que não haja comercialização e seja resultado da livre doação. O mesmo pode ser dito da redução embrionária. Nenhum dos projetos considera a possibilidade deste procedimento, exceto em situações de risco de vida para a mulher, havendo mesmo alguns projetos que determinam penalidades para quem o praticar. Um outro ponto no qual os projetos coincidem é a fundamentação social, política e sanitária das tecnologias reprodutivas conceptivas: todos pressupõem que se trata de uma questão de saúde. Esta fundamentação, no entanto, gera ambigüidades interpretativas para o acesso das mulheres e dos homens sem cônjuge ou das mulheres e dos homens homossexuais. Por fim, outro tema consensualmente considerado pelos projetos é a possibilidade de seleção de sexo com o objetivo de evitar certas doenças genéticas. Apesar desses relativos consensos, quatro pontos podem ser considerados essenciais para o debate legislativo, em torno dos quais o acordo é ainda problemático: a elegibilidade para o acesso às técnicas; o número de embriões transferidos por ciclo reprodutivo; a definição da filiação; e o destino dos embriões.

### *Elegibilidade*

Não serão todas as mulheres que poderão ter acesso às tecnologias reprodutivas conceptivas, a depender da compreensão que seja feita do conceito de infertilidade presente nos projetos. Há um certo consenso de que mulheres sem cônjuge terão acesso garantido, um princípio previsto pelos projetos 1.184/2003, 2.855/1997 e 2.061/2003. No entanto, para a garantia do acesso, inclusive para a oferta das técnicas nos serviços públicos de saúde, pressupõe-se

a existência de alguma restrição de fertilidade, uma estratégia dúbia pelo risco de ser compreendida em termos estritamente médicos. O projeto 1.184/2003 afirma que "... a utilização das técnicas de reprodução assistida será permitida [...] nos casos em que se verifique infertilidade...", já o projeto 2.855/1997 pressupõe que "... as técnicas de RHA têm por finalidade a participação médica no processo de procriação notadamente ante a esterilidade ou infertilidade humana..." e, por fim, o projeto 2.061/2003 define que "... as técnicas de reprodução humana assistida poderão ser utilizadas como um dos componentes auxiliares na resolução dos problemas de infertilidade humana...". Ou seja, os três projetos assentam a legitimidade do acesso às tecnologias reprodutivas conceptivas em uma restrição de fertilidade definida pelos conceitos de infertilidade ou esterilidade. É possível, todavia, entender infertilidade de duas maneiras. Sob uma definição expandida, infertilidade pode ser compreendida como toda e qualquer impossibilidade ou incapacidade de reproduzir-se sem o auxílio de técnicas reprodutivas. Infertilidade pode, então, ser considerada a ausência indesejada de filhos. Nesse sentido, uma mulher sem cônjuge, mas sem problemas clínicos de fertilidade, ou uma mulher homossexual que desejem ter filhos poderiam ser consideradas inférteis. Ou seja, certas mulheres saudáveis, porém desejando filhos, poderiam ser consideradas inférteis. Assim como casais sem diagnóstico para a infertilidade, mas que não conseguem ter filhos, ou mesmo situações mais raras, como a de casais heterossexuais que defendem a abstinência sexual plena, também poderiam ser considerados inférteis. Uma compreensão expandida do conceito de infertilidade, ao tomar infertilidade como ausência indesejada de filhos, seria capaz de abarcar causas clínicas, psicológicas e sociais. Nesta definição, a infertilidade com causa definida seria uma das razões para garantir o acesso às tecnologias reprodutivas, mas não a única condição de possibilidade para o acesso.

Sob uma definição estrita, infertilidade pode ser compreendida como um problema clínico, no sentido dos critérios biomédicos de saúde e doença. Seriam inférteis as mulheres e os homens com diagnósticos médicos de infertilidade ou aqueles casais heterossexuais que, após um período de tempo de relações sexuais desprotegidas, não conseguiriam engravidar. A definição estrita de infertilidade traria problemas para garantir o acesso de casais heterossexuais sem causa definida para a ausência de filhos, uma vez que a ausência de filhos poderia ser decorrente da situação rara de um casal heterossexual que não mantivesse relações sexuais

entre si e não de uma incapacidade médica de detectar as causas clínicas da infertilidade.

Um outro problema decorrente da definição estrita de infertilidade seria o fato de que somente as mulheres sem cônjuge doentes poderiam ter acesso às tecnologias reprodutivas. O cruzamento das duas variáveis de elegibilidade – a de que mulheres sem cônjuge podem ter acesso, acrescida à compreensão estrita de infertilidade – faria que somente mulheres sem cônjuge com diagnóstico clínico de infertilidade pudessem ter acesso às técnicas. A definição estrita de infertilidade pressupõe que ausência involuntária de filhos signifique impossibilidade clínica de ter filhos, isto é, somente causas estritamente médicas de infertilidade garantiriam o acesso à Medicina Reprodutiva.

O reconhecimento de que mulheres sem cônjuge são elegíveis às tecnologias reprodutivas conceptivas impõe, necessariamente, dois desafios éticos. O primeiro, assumir que formas alternativas de conjugalidade e parentalidade fazem parte da sociedade brasileira. Mulheres sem cônjuge ou mulheres homossexuais procurarão o auxílio da Medicina Reprodutiva para a realização de seus projetos parentais. Tornar mulheres sem cônjuge elegíveis às técnicas é assumir uma definição expandida de infertilidade: infertilidade é uma ausência indesejada de filhos, seja por razões sociais, psicológicas ou médicas. O segundo desafio ético é reconhecer que, assim como as mulheres são elegíveis às técnicas, independente de seu estado civil ou orientação sexual, homens sem cônjuge também o podem ser. Mas para garantir o acesso de homens sem cônjuge às técnicas, tal como previsto pelo projeto 2.061/2003, ao determinar que homens e mulheres são beneficiários da lei, será preciso também considerar a possibilidade da gestação de substituição, uma prática somente autorizada para as mulheres pelo projeto 2.855/1997, mas rechaçada pelo projeto 1.184/2003. 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. Os quatro projetos assentam a eticidade da Medicina Reprodutiva na alegação de que o direito à saúde é um princípio constitucionalmente assegurado no país e, por isso, mulheres e casais com problemas de fertilidade teriam direito às técnicas. Fundamenta-se o direito à saúde no pressuposto da existência de uma situação de doença. Sob este raciocínio, mulheres sem cônjuge, homens e casais saudáveis seriam considerados inelegíveis. Além disso, os riscos inerentes às técnicas da Medicina Reprodutiva trariam ou-

tro problema, pois nem todos os procedimentos disponíveis são seguros, havendo, ao contrário, técnicas com sérios efeitos colaterais e baixa eficácia. A existência destes riscos provocaria um paradoxo, pois em nome do direito à saúde se justificariam riscos à saúde em situações de inexistência de doença. Nesse sentido, a estratégia mais eficaz de garantir o acesso universal e irrestrito às técnicas reprodutivas conceptivas seria fundamentar a elegibilidade pelo direito ao planejamento familiar, um princípio universalmente assentado no Brasil.

### *Número de Embriões Transferidos*

Este foi um tema extensamente discutido nas audiências públicas ocorridas no Senado Federal e em torno dos quais a pressão das entidades e associações profissionais de Medicina foi mais intensa. Devido à legislação nacional restritiva em relação ao aborto, a questão do número de embriões a serem transferidos tornou-se uma peça-chave nas discussões. Diferentemente de outros países que optaram por não delimitar na lei o número de embriões a serem transferidos por ciclo, tal como sugerido pelo projeto 2.855/1997, no Brasil esta é uma questão que parece impossível de ser resolvida senão por meio de uma lei. O projeto 1.184/2003 determina que serão produzidos e transferidos a fresco até dois embriões por ciclo, sendo proibido o congelamento. Já o projeto 2.061/2003 autoriza a transferência de até quatro embriões por ciclo reprodutivo e autoriza o congelamento. Ou seja, não há qualquer convergência entre os três projetos e qualquer avaliação sobre o resultado da negociação legislativa é um mero palpite.

O número de embriões a serem transferidos por ciclo reprodutivo não pode ser entendido como uma simples decisão matemática de correlação entre eficácia e eficiência das técnicas reprodutivas adotadas. O apelo às taxas de sucesso das técnicas, em torno de 20 e 25% a depender dos critérios de mensuração adotados pelas clínicas, não é razão suficiente para justificar a transferência de quatro embriões por ciclo. Devem-se somar às baixas taxas de sucesso das técnicas os riscos envolvidos na transferência de quatro embriões, critério sugerido pela Resolução 1.358/92 do CFM e pelo projeto 2.061/2003. Qualquer gestação multigemelar representa um risco à saúde da mulher e das futuras crianças, havendo maiores índices de má-formação ou de seqüelas de parto nestes casos. O caso do nascimento de quíntuplos no Distrito Federal foi, recorrentemente, discutido nas audiências públicas do projeto 1.184/2003, uma vez que foi considerada uma situação paradigmática

para analisar os riscos envolvidos na transferência de múltiplos embriões.

Linda Mar era uma mulher de 39 anos, com dois filhos, laqueada e com uma nova relação conjugal. O então marido era 12 anos mais jovem e sem filhos, o que motivou Linda Mar a procurar a clínica de reprodução assistida do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), um dos primeiros programas de tecnologias reprodutivas conceptivas públicos no Brasil. Um mês após a admissão no HRAS, Linda Mar ficou grávida de quintuplos que nasceram prematuros, com 28 semanas de gestação. Um dos fetos morreu imediatamente após o parto e as quatro crianças, hoje com quase quatro anos, apresentam deficiências e restrições no desenvolvimento motor e cognitivo. O caso está em julgamento no Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), já tendo sido sentenciado em primeira instância. Tanto o médico responsável pelo tratamento de Linda Mar quanto o promotor de justiça responsável pelo processo participaram como expositores na primeira audiência pública do projeto 1.184/2003 e, exatamente por isso, o caso ganhou visibilidade legislativa.

Os representantes da Medicina Reprodutiva que estiveram presentes aos debates do Senado Federal argumentaram a impossibilidade de atuar com um número menor que quatro embriões por ciclo, pois os índices de sucesso das técnicas reprodutivas caíam vertiginosamente. Este é um dado que deve, necessariamente, ser considerado. Mas, por outro lado, não é legítimo garantir taxas de sucesso às expensas de riscos à saúde e à integridade das mulheres e das futuras crianças. É nesta relação de dependência entre as três variáveis – número de embriões transferidos, eficácia da técnica e saúde da mulher e das futuras crianças – que a decisão sobre o número de embriões deve ser tomada. Estimativas internacionais apresentadas no mais recente encontro promovido pela Organização Mundial de Saúde indicam que uma mulher em tratamento de FIV tem risco 20 vezes maior de engravidar de gêmeos e 400 vezes maior de engravidar de mais de dois fetos. No Brasil, esta correlação precisa ser considerada à luz de como a futura legislação autorizará o armazenamento e a redução embrionária, o que representa, por sua vez, o enfrentamento de algumas das premissas relacionadas à moralidade do aborto.

A moralidade do aborto foi um tema subliminar a todas as audiências públicas no Senado Federal e todos os projetos de lei em tramitação optaram por não enfrentar diretamente o assunto. Partiu-se da imoralidade e da ilegalidade do aborto no Brasil como um pano-de-fundo para a regulação das tec-

nologias reprodutivas conceptivas. Este temor em torno do tema do aborto trouxe uma dificuldade adicional para o debate legislativo brasileiro: ao contrário de outros países onde não se determinou em lei o número de embriões a serem transferidos, entre nós esta se tornou uma questão fundamental para a garantia da saúde das mulheres e das futuras crianças envolvidas, haja vista a impossibilidade da redução embrionária como forma de contornar uma gravidez multigemelar. Há uma extensa discussão sobre o dano psicológico provocado pela prática da redução embrionária, mas esta discussão sequer fez parte do debate legislativo. O problema foi resolvido pelo simples apelo à legislação do aborto.

O fato de a Medicina Reprodutiva ainda não ter técnicas seguras que garantam a produção de um único embrião e de um feto único por ciclo reprodutivo é uma restrição científica que necessita ser discutida à luz de um contexto moral e legislativo anterior à entrada da Medicina Reprodutiva no Brasil. E este contexto está intimamente relacionado às moralidades que sustentam a legislação do aborto no país. A gravidez multigemelar (considerada pela literatura especializada um dos principais efeitos colaterais da reprodução assistida) e a redução embrionária têm sido questões analisadas à luz da legislação nacional sobre o aborto, e não como questões básicas de saúde da mulher e das futuras crianças, ou ainda como restrições científicas das tecnologias reprodutivas conceptivas. A tal ponto esta é uma encruzilhada moral e técnica enfrentada pelos praticantes da Medicina Reprodutiva na América Latina que, segundo dados do Registro Latino-americano de Reprodução Assistida, a gestação múltipla é um dos mais graves problemas enfrentados na região, com uma taxa de 20,6% de gêmeos e de 7,5% de trigêmeos, em 1998.

### *Definição de Filiação*

O projeto 120/2003 é um exemplo de como este tema ganhou vida no debate legislativo. O projeto conta apenas com três parágrafos com o objetivo de garantir que toda "... pessoa nascida de técnicas de reprodução assistida tenha o direito de saber a identidade de seu pai ou mãe biológicos...". O projeto 1.184/2003 também prevê o direito à quebra do anonimato, ao afirmar que "... a pessoa nascida por processo de reprodução assistida terá acesso, a qualquer tempo, livre, consciente e esclarecida, a todas as informações sobre o processo que a gerou, inclusive à identidade civil do doador...". Nos debates legislativos, o fundamento moral para a quebra do anonimato do doador ficou conhe-

cido como “direito ao reconhecimento das origens” ou “direito à identidade biológica”. Muito embora os projetos garantam que a quebra do anonimato não gera direitos sucessórios, um princípio contestado por especialistas em Direito Civil, o ponto intrigante é entender o que motiva os parlamentares a considerarem as origens biológicas um direito inalienável.

A Medicina Reprodutiva fez surgir novos personagens nas relações parentais: para além da família mononuclear e extensa, temos agora doadores e receptores de gametas, gestantes de substituição, embriões supranumerários, em um espectro de possibilidades que oscila de células a pessoas adultas. As tecnologias reprodutivas conceptivas revolucionam nossa compreensão do que seria natural no campo da reprodução biológica. A separação entre sexo e reprodução exige certas reconfigurações dos termos descritivos do parentesco e da filiação. Algumas práticas da Medicina Reprodutiva, como a doação de gametas ou mesmo a gestação de substituição, não são possibilidades previstas por nossos códigos de parentesco tradicionais. Uma irmã que gesta o embrião para o irmão ou o intercâmbio de óvulos e útero entre duas irmãs são práticas tecnicamente possíveis, e até mesmo com um baixo nível de complexidade, mas que desconcertam nossos códigos de parentesco. Como classificar a relação de parentesco e filiação entre essas duas irmãs? Há incesto em uma irmã gestar o embrião com espermatozóide do irmão? Foram exatamente estas inquietações que perpassaram as discussões sobre filiação em torno do projeto 1.184/2003. Na dúvida sobre o que fazer, a escolha foi a mais tradicional possível: subordinou-se a filiação social aos atributos biológicos.

Mas esta soberania da natureza diante do projeto social de filiação é paradoxal nos projetos. Por um lado, garante-se o direito da futura criança à quebra do anonimato, pois se considera que o conhecimento sobre as origens biológicas possa vir a ser algo fundamental para a constituição da identidade social da futura criança. Por outro, busca-se ao máximo garantir o teatro da similitude genética no ato da doação para evitar quaisquer dúvidas sobre a filiação “natural”, uma vez que todos os projetos, em alguma medida, prevêm que “... a escolha do doador [...] é de responsabilidade do serviço médico, que deverá zelar para que as características fenotípicas e imunológicas se aproximem ao máximo da receptora...”, tal como proposto pelo projeto 2.855/1997. Ou seja, para garantir o ato da doação de embriões é possível entender biologia como fenotípicamente, resumindo a herança biológica às características físicas e de saúde. No

entanto, em um outro momento, a herança biológica torna-se a essência da identidade, a ponto de se autorizar a quebra do anonimato do doador que, no passado, foi resumido a um fenótipo. A passagem de biologia como fenótipo para biologia como identidade é uma tensão contínua nos projetos e pode ser entendida de duas formas.

A primeira reconhece a soberania do discurso sobre o natural para a constituição de nossos códigos de parentesco. A ditadura da natureza, a que nos faz crer que somos aquilo que herdamos, é ainda soberana para nossas relações familiares e de parentesco. O fundamento para as relações parentais continua sendo essencialmente a biologia, uma dita natureza que facilitaria a felicidade por um resgate da identidade perdida. Este é um pressuposto anti-sociológico tão intenso que o projeto 120/2003 chega a definir a quebra do anonimato como “... um direito [da pessoa nascida de técnicas de fertilização assistida] de conhecer seus pais biológicos...” (sem grifos no original). Neste trecho, os doadores de gametas ascendem à categoria de pais, muito embora sua participação na reprodução tenha se resumido à doação de material reprodutivo e a escolha tenha sido feita por critérios de similitude fenotípica. A segunda forma de compreender esta permanência do discurso sobre o natural nos projetos é o fato de ser esta uma estratégia eficaz para dificultar a doação de gametas, um ato considerado imoral por certos grupos religiosos, o que, por sua vez, dificulta o acesso de mulheres sem cônjuge, uma vez que elas seriam o principal público-alvo dos bancos de esperma.

Os primeiros estudos sobre mulheres profissionalizadas em gestação de substituição foram realizados na Inglaterra em meados dos anos 1990. Estas pesquisas descortinaram um mundo desconhecido para as pessoas não-usuárias das técnicas reprodutivas conceptivas. Gestantes de substituição são mulheres que cedem ou vendem seus corpos para gestar fetos para outras mulheres e casais que não podem ter filhos ou que não desejam ter a experiência da gestação. As “gestantes de substituição tradicional” são aquelas que, além de gestar o bebê, também cedem ou vendem os óvulos, havendo relação genética entre elas e as futuras crianças, o que não acontece com as “gestantes de substituição gestacionais”, que apenas cedem ou vendem seu corpo, não havendo vínculo genético delas com as futuras crianças. Helena Ragoné, principal etnógrafa das gestantes de substituição, mostra o quanto a gestação inter-racial é preferida pelas gestantes de substituição, pois a distância entre elas e o casal contratante é ainda mais marcante: “... a maioria das gestantes de substituição gestacional não apresenta objeção

e, na verdade, prefere que o acordo seja feito com casais de origem racial diferente [...] esta diferença racial e étnica os separa ainda mais...”.

Para a grande maioria das gestantes de substituição profissionalizadas, sejam elas tradicionais ou gestacionais, não há conflito entre o papel social da maternidade e a gestação propriamente dita. Ao contrário dos códigos de parentesco dominantes, em que se sobrevaloriza a genética em detrimento do social, as gestantes de substituição profissionalizadas têm clareza de que, muito embora a biologia seja um fator determinante para o parentesco, os papéis sociais assumidos é que caracterizarão a maternidade. Para elas, somente a maternidade social é vista como “verdadeira” maternidade, um papel delegado à mulher contratante. Dessa forma, a questão não é saber quem são os pais das crianças geradas pelas tecnologias reprodutivas conceptivas, mas sim quem tem direito de ser reconhecido como tal.

Mas se as gestantes de substituição profissionalizadas têm clareza de seu papel na produção de fetos para casais com restrições reprodutivas, é também difícil não reconhecer o quanto essas são situações desconcertantes para os códigos morais vigentes relativos ao parentesco e à filiação. Tradicionalmente, nas sociedades complexas, o reconhecimento social do parentesco depende e segue a biologia, fazendo que toda a lógica euroamericana de parentalidade esteja assentada em códigos de natureza. Qualquer mudança no discurso natural necessariamente traz conseqüências para o ordenamento social, fazendo que a relação entre tecnologias conceptivas e parentesco seja de uma influência mútua. Assim como as tecnologias reprodutivas são capazes de abalar a estrutura de parentesco tradicional, é também possível que elas venham a reforçar os padrões vigentes, ao proibir a gestação de substituição ou mesmo a doação ou venda de gametas. Uma vez que o discurso sobre o natural não é mais capaz de responder quem é a “verdadeira” mãe, se aquela que pare, se aquela que doa óvulos ou se aquela que socializa a criança, as tecnologias reprodutivas conceptivas constituem um impasse à ordem moral de parentesco. Na verdade, o anonimato da doação de gametas ou a mera possibilidade da doação heteróloga de gametas são por si só um problema moral para inúmeras culturas: para as tradições hindus, uma impureza para o sistema de castas; para as tradições católicas, configura-se adultério; para as tradições muçulmanas, um crime religioso.

Em uma das audiências públicas sobre o projeto 1.184/2003, o tema da filiação foi intensamente discutido. Um

dos parlamentares responsáveis pela revisão do projeto expressou veementemente sua rejeição ao recurso da doação heteróloga de gametas, reconhecendo que a quebra do anonimato é, na verdade, uma estratégia para desencorajar a prática: “... em relação à utilização de gameta de um doador anônimo para possibilitar o nascimento de uma criança legalmente sem pai, o projeto propõe um meio efetivo de dissuasão: possibilitar à criança que vier a nascer que exerça o direito de exigir do doador o reconhecimento de paternidade, direito esse que também deve ser estendido ao doador que queira reclamar a paternidade da criança...” (sem grifos no original). Na verdade, a estratégia do risco da quebra de sigilo do doador é uma saída eficaz para coibir a possibilidade de que outros arranjos matrimoniais que não a família heterossexual tenham acesso às técnicas, uma vez que poucas pessoas se prontificarão a doar esperma ou óvulo diante do risco de identificação futura e das conseqüências jurídicas do ato. O que se desenvolve, no entanto, é um interessante subterfúgio argumentativo – o apelo à autonomia da futura criança para conhecer suas origens biológicas – com o objetivo de limitar ao máximo a possibilidade de que mulheres sem cônjuge ou casais de homossexuais tenham acesso à Medicina Reprodutiva por meio da doação anônima de gametas.

É fácil perceber que esta tensão entre filiação natural e filiação social provocará uma conseqüência imediata: a queda vertiginosa da quantidade de pessoas dispostas a doar gametas. Sob o risco da quebra do anonimato, indiferente à garantia legislativa da impossibilidade de direitos sucessórios, poucas pessoas arriscarão à dádiva da doação, exceto pessoas com algum grau de parentesco com os beneficiários.

### *Destino dos Embriões*

O que fazer com os embriões supranumerários é uma das questões mais delicadas do debate internacional sobre as tecnologias reprodutivas conceptivas. O Brasil não é uma exceção. Mesmo em países onde a cultura dos direitos reprodutivos é mais sólida, o tema do descarte embrionário ou da doação de embriões para a pesquisa científica é inquietante. Mas a principal diferença entre o debate brasileiro e o internacional é que entre nós não vem sendo possível analisar o tema do destino dos embriões sem resvalar na legislação de aborto. O pressuposto moral de que o aborto é um crime contra a vida é, simploriamente, transposto para a discussão dos embriões supranumerários, tornando ilegal qualquer utilização dos embriões senão a produção de futuras crianças. Foi exatamente em nome desta argumentação que o projeto 1.184/2003 proibiu o descarte e o congelamento de embriões, o que para

muitos analistas médicos impossibilitaria a prática da Medicina Reprodutiva no Brasil.

A estratégia adotada pelo projeto 1.184/2003 foi simplesmente reconhecer que um dos efeitos colaterais das tecnologias reprodutivas conceptivas, o excesso de embriões produzidos, deveria ser considerado inaceitável. Por um lado, não há como negar a veracidade deste fato: os embriões supranumerários são resultado direto do atual estágio de desenvolvimento das técnicas reprodutivas, em que se precisa produzir um número de embriões muito acima do necessário para se chegar a um único feto. Mas, por outro lado, esta é uma limitação científica que necessita ser enfrentada, não apenas tecnicamente, por meio do incentivo à pesquisa científica, mas principalmente por uma deliberação legislativa que enfrente o desafio, o que, infelizmente, o projeto 1.184/2003 não faz.

O artigo 13 do projeto 1.184/2003 determina que "... na execução da técnica da reprodução assistida, poderão ser produzidos e transferidos até dois embriões [...] serão obrigatoriamente transferidos a fresco todos os embriões obtidos...". É possível entender este artigo sob, pelo menos, três perspectivas. A primeira, a que inviabiliza definitivamente a prática das tecnologias reprodutivas conceptivas no Brasil, dado o atual estágio de desenvolvimento científico em que é pouco viável produzir e transferir um número tão reduzido de embriões. A segunda, a que incentivará o congelamento temporário e o descarte ilegal de embriões pelas clínicas de reprodução assistida, como forma de garantir a oferta dos serviços sem aumentar o risco à saúde das mulheres pela maior exposição às induções hormonais para a coleta de óvulos. A terceira, a que evita a discussão sobre a pesquisa com embriões humanos no Brasil, pois o principal espaço onde se produzem embriões é nas clínicas de reprodução assistida. Independentemente de qual tenha sido a intencionalidade dos parlamentares ao redigir este artigo, o fato é que ele não enfrenta o desafio imposto pela Medicina Reprodutiva com os embriões supranumerários.

A tal ponto esta foi uma discussão reconhecidamente delicada que o primeiro documento ético sobre o assunto, o Relatório Warnock, instituiu um novo estágio do desenvolvimento embrionário, o pré-embrião, acreditando, a partir daí, regulamentar com maior tranquilidade a pesquisa científica. Na verdade, exceto por algumas regulamentações e deliberações européias, o conceito de pré-embrião não foi adotado pela comunidade internacional, sendo hoje raramente utilizado. O projeto 2.061/2003 adota esta terminologia, aparentemente sem nenhuma outra razão senão a preferência estilística, ao passo que o projeto 2.855/1997

o adota provavelmente por representar o início do debate internacional, um momento em que esta foi uma estratégia argumentativa largamente utilizada. O pré-embrião seria uma espécie de entidade a meio caminho dos gametas e do embrião humano, e sua posição fora do útero tomaria seu estatuto moral mais flexível. Ações como descarte, congelamento ou pesquisa seriam autorizadas, desde que realizadas com os pré-embriões, ou seja, os embriões produzidos pelas técnicas reprodutivas e que jamais estiveram no útero. E mesmo para estas ações são necessários regulamentações específicas e controle, haja vista a discussão internacional em torno das pesquisas com células-tronco e clonagem.

O congelamento de embriões é previsto pelos projetos 2.855/1997 e 2.061/2003, e o descarte é explicitado como uma possibilidade pelo projeto 2.855/1997, sendo que o 2.061/2003 não faz qualquer menção ao assunto. Ambos consideram que, por ocasião da criopreservação, as mulheres ou os casais devam expressar sua vontade quanto ao destino dos embriões. Considerando os dois projetos conjuntamente, o leque de escolhas se resume à doação, ao descarte ou ao congelamento. Muito embora estas alternativas devam ser consideradas um avanço em relação às restrições impostas pelo projeto 1.184/2003, é preciso deixar claro o quanto são alternativas circunscritas pela limitação técnica do atual estágio da Medicina Reprodutiva. Poucas mulheres ou casais se dispõem a enfrentar o dilema ético da doação, do descarte ou do congelamento de embriões se esta não fosse uma exigência técnica para a realização do projeto parental. Alguns estudos etnográficos com mulheres e casais em tratamento pela Medicina Reprodutiva mostram o quanto a decisão pelo congelamento ou descarte é entendida como uma forma de abandono de potenciais filhos.

### Considerações Finais

A regulamentação legislativa sobre as tecnologias reprodutivas conceptivas não significará apenas possibilidades e restrições para a Medicina, mas principalmente um registro histórico sobre padrões sociais de parentesco, filiação e reprodução. Nesse sentido, o acompanhamento dos desdobramentos legislativos é decisivo. A entrada do projeto 1.184/2003 na Câmara Federal representa um novo momento no debate, especialmente com a tramitação conjunta de três outros projetos com especificações e determinações tão distintas. Nesta nova fase, é possível resumir os desafios a três grandes tarefas.

A primeira delas é reconhecer que este é um tema que diz respeito a todos nós, e não apenas às mulheres, aos homens e aos casais envolvidos ou aos médicos responsáveis pelo tratamento. Muito embora as tecnologias reprodutivas

conceptivas sejam ainda procedimentos destinados à elite e, portanto, ao acesso de uma parcela muito pequena da população brasileira, as questões morais suscitadas são centrais à nossa organização social. A segunda tarefa é explicitar os riscos e deficiências destas técnicas, a fim de que possamos incorporar o máximo de proteções sanitárias, jurídicas, morais e afetivas às pessoas envolvidas, sem que isso signifique banir o acesso e difusão das tecnologias reprodutivas conceptivas no Brasil. A terceira é enfrentar seriamente o tema do estatuto moral do embrião humano no Brasil. Este é um tema recolocado na agenda de discussões pela Medicina Reprodutiva, mas que com o desenvolvimento das pesquisas genômicas estará na pauta obrigatória de nossas negociações políticas.

## Resumo

Este artigo apresenta o debate legislativo brasileiro em torno do projeto de lei sobre tecnologias reprodutivas conceptivas que se encontra em estágio mais avançado de tramitação, o 1.184/2003, de autoria do Senado Federal. Os projetos 2.855/1997, de autoria do deputado Confúcio Moura (PMDB/RO), 120/2003, do deputado Roberto Pessoa (PFL/CE), e 2.061/2003, da deputada Maninha (PT/DF), encontram-se com tramitação conjunta ao 1.184/2003, por isso foram considerados para esta análise. O objetivo deste artigo é analisar os projetos de lei a partir de quatro categorias essenciais: a elegibilidade para o acesso às técnicas; o número de embriões transferidos por ciclo reprodutivo; a definição da filiação; e o destino dos embriões. Dado que o projeto 1.184/2003 já foi aprovado pelo Senado Federal, a estimativa é que o Brasil tenha uma lei federal sobre o assunto em 2004.

*Unitermos: Novas tecnologias de reprodução; Lei; Brasil.*

## Referências

1. Becker, Gay – Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease. *Sociology of Health and Illness*. Vol. 14, n. 4, Dec. 1994:456-471.
2. Corrêa, Marilena – *Biologia sem Limites ou Limites da Biologia?* Rio de Janeiro. EDUERJ. 2001.
3. Denton, Jane e Bryan, Elizabeth – “Multiple Birth Children and Their Families Following ART”. In: Vayena, Effy; Rowe, Patrick J.; Griffin, P. David. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva. WHO. 2002:243-251.
4. Diniz, Debora e Buglione, Samantha – “Debate”. In: Diniz, Debora e Buglione, Samantha. *Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro*. Brasília. LetrasLivres. 2002:81-92.
5. Diniz, Debora – “Novas Tecnologias Reprodutivas, Ética e Gênero: o debate legislativo no Brasil”. In: Pessini, Leo e Barchifontaine, Christian. *Bioética: alguns desafios*. São Paulo. Loyola. 2001.
6. Eugênia, Maria – “A Defesa Solitária do Promotor”. *Jornal de Brasília*. Brasília. 17/02/2001: A-9.
7. Freire, Tatiane – “A Turma dos Quatro Parabéns”. *Correio Braziliense*. Brasília. 12/02/2001: 19.
8. Grossi, Miriam; Porto, Rozeli e Tamanini, Marlene – *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. Brasília. LetrasLivres. 2003.
9. Ozturk, Ozkan e Templeton, Allan – “Multiple Pregnancy in Assisted Reproduction Techniques”. In: Vayena, Effy; Rowe, Patrick J.; Griffin, P. David. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva. WHO. 2002:220.
10. Queiroz, Arryanne – “Tecnologias Reprodutivas e Direito: algumas conexões”. In: Diniz, Debora e Buglione, Samantha. *Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro*. Brasília. LetrasLivres. 2002:29-30.
11. Rios, Roger Raupp – “Acesso às Tecnologias Reprodutivas e Princípios Constitucionais: igualdade, pluralismo, direito constitucional de família e orientação sexual no debate bioético brasileiro”. In: Diniz, Debora e Buglione, Samantha. *Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro*. Brasília. LetrasLivres. 2002:51-72.
12. Roest, Jan; van Heusden, Arne; Verhoeff, Arie; Mous, Harold; Zeilmaker, Gerard – A Triplet Pregnancy After in vitro Fertilization is a Procedure-Related Complication That Should Be Prevented by Replacement of Two Embryos Only. *Fertility and Sterility*. Vol. 67. n. 2. February 1997:290-295.
13. Warnock, Mary – *Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology*. Department of Health and Social Security. July. 1984.
14. Zegers-Hochschild, Fernando – “The Latin American Registry of Assisted Reproduction”. In: Vayena, Effy; Rowe, Patrick J.; Griffin, P. David. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva. WHO. 2002:355-362.