



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

Relatório sobre o
Projecto de Proposta de Lei
relativa à

PROcriação Medicamente Assistida

por

Joaquim Pinto Machado

“[...] quello che, a nostro parere, andrebbe considerato come il soggetto centrale dell’ intero processo di riproduzione assistita, vale a dire il bambino, soggetto, peraltro, piuttosto trascurato dalla letteratura in tema di procreatica.”

In: *La Fecondazione Assistita.*

Documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l’Informazione e l’Editoria, 1995, p. 57

I

INTRODUÇÃO

A fim de não alargar demasiado este relatório, elaborado por honrosa incumbência do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), serão sobretudo consideradas as disposições do projecto de proposta de lei sobre procriação medicamente assistida (PMA) que estão em desacordo com o Relatório-Parecer 3/CNE/93, de 10 de Fevereiro. Tais disposições são as que consagram:

- a) a dádiva de sémen e de óvocos;
- b) a possibilidade de embriões excedentários serem destinados a outro casal;
- c) a inclusão da PMA nos cuidados médicos proporcionados pelo Serviço Nacional de Saúde.

Serão ainda referidas algumas outras disposições e, a terminar, comentadas duas passagens do preâmbulo da proposta.

A atitude subjacente à reflexão ética produzida neste relatório é de reconhecimento da eminente dignidade e altíssima importância social da geração humana, o que implica inalienável responsabilidade do casal, da sociedade e do Estado face a ela.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

Desta atitude decorrem cinco convicções fundamentais:

- a) a infertilidade não é uma doença qualquer;
- b) a crescente incidência da infertilidade, num contexto de progressiva redução da natalidade em casais férteis, faz dela preocupante problema nacional, para cuja solução tem especial importância uma prevenção assente no conhecimento (ainda tão insuficiente) das suas causas, o que requer estudos que urge fomentar;
- c) as intervenções médicas procriativas não deverão ser determinadas pelo propósito de resolver problemas psicológicos de qualquer dos membros de um casal infértil, pois a geração de uma criança – sujeito em si mesma – não pode ser considerada meio terapêutico;
- d) um investimento financeiro vultoso do Estado no acesso à PMA, não acompanhado de medidas efectivas de superação dos impedimentos sócio-económicos à maternidade, é uma contradição do ponto de vista lógico e é inaceitável do ponto de vista ético;
- e) o cálculo do investimento financeiro do Estado no acesso à PMA tem também de ter em atenção as clamorosas necessidades no domínio dos cuidados médicos.

II

REFLEXÃO ÉTICA

1. Disposições do projecto de proposta de lei que estão em desacordo com o Relatório-Parecer 3/CNE/93

1.1. *Legalização da dívida de gâmetas*

No Relatório-Parecer 3/CNE/93, pág. 96, afirma-se que “este Conselho não pode considerar a RMA heteróloga como eticamente aceitável” e refere-se que:

- a) “o Conselho Nacional de Deontologia Médica da Ordem dos Médicos, a propósito da criação de centros de RMA, rejeitou por unanimidade a reprodução com dadores”;
- b) “a Resolução do Parlamento Europeu, em 1989, sobre fertilização artificial *in vivo* e *in vitro*, declarou indesejáveis todas as formas de reprodução heteróloga.”

As razões subjacentes ao juízo eticamente negativo do relatório-parecer 3/CNE/93 (indicadas no anexo 1) são substanciais e não podem ser desvalorizadas de ânimo leve. Contudo, é de reconsiderar a afirmação de que há “instrumentalização” do dador. Haverá, se o dador o for no pleno sentido do termo, de um dar desinteressado, de pura solidariedade, de um dar que é, afinal, um



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

dar-se? E será isso, ainda por cima, “a negação da sua auto-realização procriativa na linha da liberdade ética, transmitindo vida desresponsabilizado de um projecto parental e de um contexto familiar”?

A PMA heteróloga põe radicalmente em causa princípios, valores e conceitos tradicionais relativos à geração da vida humana, à identidade pessoal e condições para o seu desenvolvimento, bem como à relação conjugal e à comunidade familiar, e é susceptível de consequências jurídicas e sociais complexas e delicadas. Tanto basta para reconhecer que a reflexão ética sobre esta técnica seja um acto de eminente responsabilidade e dignidade, a exigir:

- ⇒ liberdade de consciência reflexiva e moral
- ⇒ abertura à análise de todos os argumentos a favor e contra
- ⇒ respeito pelos direitos dos eventuais nascituros, que não podem ser secundarizados e muito menos olvidados face aos anseios dos casais estéreis
- ⇒ perscrutação sagaz das possíveis consequências negativas
- ⇒ juízo ponderado, fundamentado, prudente e aberto à re-apreciação.

A este respeito, anexa-se (anexo 2) um excerto do relatório “État Actuel des Études Conduites par le Comité Concernant les Dons de Gamètes et d’Embryons”, da autoria do Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, de França.

A argumentação apresentada no projecto de proposta de lei para legitimar a dação de espermatozoides tem, como fundamento implícito, o facto de se considerar que os bancos de esperma são uma inevitabilidade: já estão aí e tenderão a aumentar. Então porque assim é, mais vale admitir a sua existência e regulamentar devidamente a sua actuação do que, por proibição legal ineficaz (veja-se o que se passa com o aborto clandestino), manter uma situação à deriva, com as possíveis e até prováveis gravosas consequências que no preâmbulo (p.7, h) se enumeram.

A ausência, no preâmbulo do projecto, de qualquer referência à posição do relatório-parecer 3/CNE/93 nesta matéria, apesar do documento ser citado e de lhe ser atribuída a alta distinção de que “veio definir os princípios éticos que devem estar implícitos nas práticas de Procriação Medicamente Assistida”, parece demonstrar que não se vislumbra contra-argumentação.

Concordo em que “a crescente procura de reprodução heteróloga não pode considerar-se como argumento válido a seu favor” (3/CNE/93, p. 95). Contudo, o critério do mal menor tem categoria ética. Neste sentido, só havendo razões convincentes de que, de facto, os “bancos de esperma” não são, na prática, erradicáveis, é que, em meu entender, será preferível regulamentá-los. Simplesmente, no preâmbulo da proposta nada se diz sobre tais razões.

Do meu ponto de vista, a denegação do direito dos gerados a conhecerem a



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

identidade dos dois progenitores é razão bastante para rejeitar a PMA heteróloga.

É certo que se admite que as pessoas assim nascidas “**poderão**” obter o conhecimento da identidade do dador, mas só “**por razões ponderosas reconhecidas por sentença judicial**” (n.º 3 do art.º 12.º). Mas esta disposição apenas abre uma possibilidade, que até parece excepcional, cuja satisfação depende de critérios indefinidos: o querer saber quem é o progenitor “genético” não será, por si só, razão ponderosa?

O conhecimento da identidade dos progenitores faz parte da historicidade pessoal e, portanto, da identidade própria e singular, pelo que a ninguém deve ser negado o acesso a esse conhecimento; à instância judicial cabe assegurá-lo, nunca avaliar da sua legitimidade.

Aliás, o primeiro dos direitos reconhecidos no n.º 1 do art.º 26.º da Constituição da República Portuguesa é precisamente o da “identidade pessoal”. Este direito de cada um conhecer quem são os seus progenitores é reconhecido na Alemanha, Áustria, Suécia e Suíça¹ (pelo menos). E no preâmbulo da resolução sobre fertilização *in vitro* e *in vivo* do Parlamento Europeu, de 1989, inclui-se, entre os direitos do filho a salvaguardar, o “direito a uma identidade genética”².

Por outro lado, há que ter em conta a possibilidade de ocorrência, a médio ou longo prazo, de consequências gravosas para o casal e/ou para a pessoa nascida; só estudos sistemáticos e fiáveis permitirão tirar conclusões a tal respeito. Aliás, o anonimato do dador e a não revelação pelos casais, aos filhos assim gerados, do modo da sua concepção, é uma das questões mais debatidas internacionalmente a respeito da PMA heteróloga.

E não colhe o argumento de que o reconhecimento deste direito levará à inexistência de dadores de sémen. Não só porque, face ao que está em causa, isso ser razão subalterna, como porque a experiência sueca demonstra o contrário: passados alguns anos de declínio (a regulamentação é de 1985) os dadores têm aumentado e são de outra qualidade ética, isto é, são autenticamente “dadores”³.

Um último reparo, quanto à **dádiva de sémen**.

A lei que resultar deste projecto de proposta de lei só terá eficácia lá para fins de 1998, no mínimo, pois há que publicar diversos decretos-leis regulamentares no prazo de 180 dias (art.º 35.º), a que se seguirá a tramitação dos processos de candidatura a autorização para prática das técnicas de PMA (n.º 1 do art.º 3.º). Muito

¹ Conseil de l'Europe: Assistance médicale à la procréation et protection de l'embryon humain. Étude comparative sur la situation dans 39 pays, CDBI-CO-GT3(96) 7 Rév.

² Cit. no Relatório-Parecer 3/CNE/93, pág. 89.

³ F. Shenfield and S. J. Steele: What are the effects of anonymity and secrecy on the welfare of the child in gamete donation? Human Reproduction 12: 392-395, 1997.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

possivelmente, na data em que as autorizações forem concedidas a dádiva de sémen será desnecessária. De facto, os resultados sistematicamente já conseguidos, em muitos países, com a técnica da injeção intracitoplasmática de um espermatozóide (mesmo imaturo, do epididímio ou até do testículo) e até do seu precursor imediato, a espermatide, levam a prever que, em futuro próximo, o recurso a dadores de sémen seja praticamente desnecessário.⁴

Contudo, caso a lei que venha a ser aprovada permita a dádiva de sémen, ela deve consignar:

- a) sanções pelo não cumprimento do estipulado no nº 1 do artº. 15º (o que não é contemplado no projecto);
- b) sanções por não gratuidade (rigorosa) da dádiva de sémen (o que também não consta do projecto);
- c) reconhecimento inequívoco, e sem quaisquer restrições, do direito das pessoas geradas em consequência de dádiva de sémen terem acesso à identificação do dador;
- d) imposição de que os dadores o sejam apenas num só estabelecimento;
- e) indicação do número máximo de crianças geradas pelo mesmo dador de sémen⁵;
- f) exigência de que as “Unidades de Conservação de Sémen” só possam existir em estabelecimentos públicos e estabelecimentos privados sem fins lucrativos⁶.

A **dádiva de ovócitos** tem especificadas técnicas (método invasivo) e biológicas (ver posição do Comité Consultivo Nacional de Ética para as Ciências da Vida, de França – anexo 3), que em meu entender, levam a considerar que, pelo menos de momento, ela não deve ser legalizada.

Aliás, em diversos países europeus em que a dádiva de sémen é permitida, a dação de ovócitos é proibida (Alemanha, Eslovénia, Islândia, Noruega, Suécia e Suíça⁷).

Termino esta reflexão ética sobre o PMA heteróloga com a seguinte interrogação: na escalada do grau crescente de dissociação genética/social da filiação (ver anexo 4), não se acabará por aceitar esse extremo que é a clonagem?

1.2. Possibilidade de embriões excedentários serem destinados a outro casal

A determinação de que, na fecundação “in vitro” (FIV), não deve haver lugar à

⁴ G.D. Palermo, L.T. Colombero, G.L. Schattman et al: Evolution of pregnancies and initial follow-up of new borns delivered after intracitoplasmatic sperm injection. Journal of the American Medical Association 276: 1893-1897, December 18, 1996.

⁵ França 5, Espanha 6, Suíça 8, Holanda e Reino Unido 10. In: Publicação cit. em ¹, na pág.4.

⁶ J. Lansac: French law concerning medically assisted reproduction. Human Reproduction 11:1843-1847, 1996.

⁷ Publicação cit. em ¹, na pág. 4.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

criação de embriões excedentários (nº 1 do artº. 20º) e de que, se por circunstâncias imprevisíveis eles ocorrerem, está vedada a sua destruição ou a sua utilização para fins de investigação, devendo ser congelados e utilizados pelo casal em ciclo(s) posterior(es), coincide com o entendimento expresso no relatório-parecer 3/CNE/93. A única divergência quanto ao destino dos embriões consiste em que naquele documento se discorda da transferência de embriões para outro casal, enquanto que no projecto isso é admitido como último recurso, isto é, caso o casal não os possa ou não os queira aceitar e dê consentimento para aquele destino.

Considero correcto o preconizado no projecto de proposta de lei, que possibilita uma adopção pré-natal que torna a ligação afectiva do casal à criança muito provavelmente mais profunda do que aconteceria numa adopção pós-natal. Aliás, excluído também este destino, restaria uma inglória congelação *ad aeternum!*

O que entendo não ser aceitável, com fundamento nas razões apresentadas quanto à dádiva de gâmetas, é que não seja reconhecido às pessoas nascidas o direito, sem restrições, ao conhecimento dos progenitores. Neste caso com maior força de razão, visto que nem o pai nem a mãe sociais o são.

Há ainda que referir uma incorrecção terminológica no nº 2 do artº.12º. Se é correcto dizer-se “*dádiva de gâmetas*”, já não o é “*dádiva de embriões*”: mesmo que se considere que estes ainda não são verdadeiramente seres humanos, são-o pelo menos potencialmente pelo que não são *coisas* de que se é proprietário e que podem ser dadas a outrem.

1.3. **Inclusão da PMA nos cuidados médicos proporcionados pelo Serviço Nacional de Saúde**

Excluindo a inseminação *in vivo*, as técnicas de PMA são financeiramente muito onerosas.

A este respeito, afirma-se num documento da Organização Mundial de Saúde⁸:

“A avaliação dos custos directos e indirectos da FIV e tecnologias associadas é parte essencial de um planeamento nacional (dos encargos com a saúde). Para calcular os custos de um nascimento por FIV, há que incluir as despesas com medicamentos, materiais e recursos humanos, decorrentes de todos os ciclos tratados, sem sucesso e com sucesso, em todas as mulheres. As gestações consequentes a FIV exigem cuidados obstétricos adequados a gestações de alto risco e as crianças nascidas precisam frequentemente de assistência neonatal intensiva, pelo que os respectivos custos devem também ser tidos em conta (...). O custo total deve ser então comparado com os custos resultantes de outras formas de atendimento da infertilidade, quer médicas quer sociais”.

⁸ Consultation on the Place of in vitro Fertilization in Infertility Care, Summary Report, EUR/ICP/MCH/122(S)7139r, Copenhagen, 1990.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

“[...] Feito isto, a população e os responsáveis políticos decidem sobre a prioridade a dar a cada opção, social e médica, relativa à infertilidade. Disso decorre a proporção dos recursos atribuídos, quanto à infertilidade, para a prevenção (investigação e serviços), opções sociais (investigação e serviços), opções médicas e cirúrgicas convencionais, a FIV e tecnologias relacionadas (investigação e serviços)”.

Há também que ter em consideração que as taxas de sucesso (número de nados vivos por 100 ciclos tratados) são baixas, pelo que a relação custos:benefícios é muito alta.

Não se põe em causa o valor incomensurável do nascimento de um só ser humano, mas também não se pode subestimar o valor das pessoas já existentes. E se é certo que a taxa de natalidade tem baixado continuamente em Portugal, atingindo já níveis em que os que nascem são menos que os que morrem, é verdade também que isso resulta, em parte importante, de muitos casais não disporem de meios económicos que lhes permitam ter os filhos que desejam.

Ora:

- a) não há estimativa dos custos que a integração da PMA no Serviço Nacional de Saúde iria provocar;
- b) há carências gritantes na prestação oportuna e qualificada de cuidados de saúde de premência indiscutível;
- c) a contraceção (até na forma de interrupção voluntária da gravidez) resulta, muitas vezes, da impossibilidade económica de ter (manter e educar) os filhos desejados;
- d) são crescentes e incontroladas as despesas com a saúde (“as despesas públicas de saúde estão em clara derrapagem”⁹), sendo do domínio público as preocupações do Governo quanto à capacidade de o Orçamento de Estado e a Segurança Social continuarem a suportar os cuidados de saúde sem a contribuição dos utentes (directa ou por entidade seguradora).

Assim, reitera-se o que defende o relatório-parecer 3/CNE/93 (pág. 100):

“Qualquer resposta actualizada para o enquadramento social do RMA, entre nós, só deve ser dada no contexto de um estudo global, justificado e profundo, que terá de vir a ser elaborado, acerca das participações sociais que deverão ser atribuídas a cada um dos vários tipos de intervenções médicas”.

Já em 1985, o Conselho Nacional de Deontologia Médica da Ordem dos Médicos tinha defendido, perante a perspectiva de criação de centros de RMA, que:

“num país em que clamorosas necessidades e insuficiências na área da saúde esperam por soluções justas e adequadas, se considere como não

⁹ “Opções para um Debate Nacional”. Conselho de Reflexão para a Saúde, Ministério da Saúde, p. 31.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

prioritário o investimento exigido pela criação dos referidos centros.¹⁰

No Parecer 14/CNECV/95, de 4 de Outubro, expõe-se desenvolvidamente a magna questão dos critérios éticos na distribuição e utilização dos recursos para a saúde, para que urge mobilizar os órgãos de soberania e de poder local, as instituições da sociedade e todos os portugueses.

Por tudo isto, entendo ser prematuro o compromisso afirmado no nº 2 do artº 14º.; quando muito, admitir essa eventual possibilidade caso venha a ser considerada exequível e comparticipada pelos beneficiários, segundo os seus rendimentos.

É uma posição assumida a contra-gosto, pois vai negar a uns o que outros, a expensas próprias, irão conseguir; contra-gosto tanto maior quanto continua sem indícios de cura a chaga do escândalo da evasão/fraude fiscal.

2. Outras questões

2.1. Artº. 4º, nº 2

Em regra, a partir de certa idade os pais não estão em condições de proporcionar aos filhos os apoios de que eles necessitam para o seu desenvolvimento desde que nascem (desse ponto de vista, a menopausa é um preventivo de tal situação). Acresce que para lá dos 40 anos é pequena a probabilidade de sucesso da PMA.

Face aos interesses da criança a nascer e também em cumprimento do estipulado na alínea a) do artº. 9º (“são direitos dos beneficiários: a) não ser submetidos a técnicas que não ofereçam razoáveis probabilidades de êxito”), entende-se ser de indicar, no nº 2 do artº. 4º, o limite da idade a partir do qual não é permitida a PMA (é o que, quanto à mulher, sucede na Holanda, Hungria e Islândia¹¹). Aliás, no nº 2 do artº. 28º consigna-se, no que respeita a embriões a transferir para outro casal, que a idade da mulher não deva ser superior a 45 anos e a do homem a 55.

Num documento da OMS recomenda-se incisivamente que a idade limite seja, na mulher, de 40 anos¹².

2.2. Artº. 8º

No preâmbulo do projecto de proposta de lei (alínea h) da pág. 5) afirma-se

¹⁰ Cit. no Relatório-Parecer sobre Reprodução Medicamente Assistida (3/CNE/93), pág. 99.

¹¹ Publicação cit. em ¹, na pág. 4.

¹² Publicação cit. na pág. 6.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

que “o recurso à Procriação Medicamente Assistida deve assegurar à criança condições para o seu desenvolvimento integral”.

Há países em que a lei prevê expressamente que o interesse da criança a nascer seja tido em consideração na decisão sobre o acesso à PMA: é o caso de Chipre, Irlanda, Holanda e Reino Unido; nos Estados Unidos, as legislações de numerosos estados consideram o interesse da criança como o primeiro critério a ter em conta e na Austrália a lei de 1988 estipula que esse interesse deve ser considerado como da maior importância¹³. No Reino Unido, o “Human Fertilisation and Embryology Act”, de 1990, determina que seja tida em conta não só a criança que pode vir a nascer mas também “*any other child who may be affected by the birth*”¹⁴.

Na referida alínea b) da pág. 5 do preâmbulo indica-se, como condição a ter particularmente em conta para assegurar o desenvolvimento integral da criança, “o direito a beneficiar da estrutura familiar, biparental, da filiação”, pelo que “só devem poder beneficiar das técnicas de Procriação Medicamente Assistida casais heterossexuais, com estabilidade de relação”. Este requisito está expresso no nº 1 do artº. 4º. Entendo que se deve ir mais além, pelo que o nº 2 e o nº 3 do artº. 8º passariam a nº 3 e nº 4, respectivamente, acrescentando-se, com o nº 2, uma disposição inspirada na recomendação do Parlamento Europeu sobre os direitos e interesses do filho¹⁵.

2.3. Artº. 9º

Deve acrescentar-se uma alínea que contemple o acompanhamento psicológico do casal.

2.4. Artº. 9º, c)

De acordo com um documento do Conselho da Europa sobre PMA¹⁶, é preferível a seguinte redacção:

c) ser adequadamente informado e receber o aconselhamento devido quanto às eventuais implicações de ordem médica, jurídica e social e, se necessário, genética do tratamento proposto, nomeadamente das técnicas que possam afectar os interesses da criança que venha a nascer.

¹³ Publicação cit. em ¹, na pág. 4.

¹⁴ Mark Salmon: The Human Fertilisation and Embryology Authority and the Law, p. 3. *Third Symposium on Bioethics: Medically Assisted Procreation and the Protection of the Human Embryo. Strasbourg 15-18 December 1996.* Council of Europe CDBI/SPK(96)23.

¹⁵ Reproduzida no *Relatório-Parecer 3/CNE/93*, pág.89

¹⁶ Conseil de l'Europe: *Procreation artificielle humaine* ISBN 92-871-1675, Strasbourg 1989, Principle 4.2.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

2.5. **Artº. 14º, nº 1**

Há formas indirectas de retribuição material que o aqui expresso não previne. Tem que ficar perfeitamente consignado ser proibida qualquer forma de retribuição; só poderá haver reembolso por perda de salários, despesas de deslocação e outras resultantes directamente da dádiva de gâmetas ou do consentimento para a transferência de embriões excedentários para outro casal.

2.6. **Artº. 20º, nº 2**

A Sociedade Europeia de Reprodução e Embriologia Humanas recomenda que o número máximo de embriões a transferir para o útero, no mesmo ciclo, seja de 3¹⁷; assim se procede na Alemanha, Dinamarca, Hungria, Reino Unido e Suécia¹⁸ e assim recomenda a OMS.

O objectivo é reduzir os riscos pré e pós-natais da gravidez múltipla e obviar aos pesados encargos que frequentemente dela decorrem para os casais, que muitos não conseguem suportar¹⁹.

2.7. **Decretos-Leis e diplomas previstos**

A necessidade dos decretos-leis previstos no nº 3 do artº. 15 e no nº 3 do artº. 26º dependerá, obviamente, de vir ou não a ser consagrada na lei a dádiva de sêmen e a de ovócitos, respectivamente.

O decreto-lei referido no artº. 13º tem importantíssimas implicações éticas.

Especialíssima relevância dos pontos de vista médico, social, jurídico e ético cabe ao elenco de requisitos em referência aos quais será dada autorização, pelo Ministro da Saúde, para a prática das técnicas de PMA (nº 1 do artº.3º). A autorização deverá ser dada por prazo limitado (5 anos em França), renovável mediante decisão expressa e fundamentada.

Quanto à avaliação periódica da qualidade, ela deve implicar a elaboração, por parte do médico responsável, de relatórios anuais com respostas objectivas a quesitos definidos por diploma, em que, nomeadamente, sejam tidos em conta todos os ciclos em que houver prática de técnicas de PMA. Os resultados dos relatórios e da avaliação devem ser publicitados.

A entidade encarregada de apreciar os relatórios e de proceder às avaliações periódicas deve ser pluridisciplinar e de larga representatividade (obviamente, não

¹⁷ Publicação cit. na pág. 6.

¹⁸ Publicação cit. em ¹, na pág. 4.

¹⁹ I. Johnston: Some Australian perspectives on in vitro fertilization. Human Reproduction 11, Suppl 1: 25-27, 1996



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

deve incluir os avaliados).

No anexo 5 indica-se a constituição da “Human Fertilisation and Embryology Authority” (HFEA) do Reino Unido, prevista no “Human Fertilisation and Embryology Act”, aprovado pelo Parlamento em 1990 (a HFEA entrou em funcionamento nesse mesmo ano). Por imposição da lei, o presidente, o vice-presidente e pelo menos metade dos membros (21 no total) não podem ser médicos nem cientistas biomédicos.

Claro que essa entidade deve dispor de todos os meios de apoio logístico indispensável.

2.8. *Revisão da lei*

Os avanços científicos e técnicos no domínio da reprodução, os resultados de estudos mais fiáveis sobre as consequências da PMA, positivas e adversas (designadamente, quanto a estas: taxas de insucesso, mortalidade materna, gravidez múltipla, prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade pré-natal e neonatal das crianças e eventuais alterações do seu desenvolvimento somático e psíquico e do seu comportamento pelo menos até à adolescência), bem como o aprofundamento da reflexão ética resultante desses progressos e resultados, justificam que se acrescente um último artigo que preveja a revisão da lei a determinado prazo (5 anos?).

2.9. *Preâmbulo*

O afirmado no 2º parágrafo é, pelo menos para mim, obscuro, pois não conheço as “razões conhecidas, de diversas índole”, pelas quais “a adopção, enquanto método alternativo para tais casais, nem sempre consegue proporcionar os resultados almejados”.

Certamente que há e haverá casais que sempre preferirão a PMA à adopção. Mas outros há e haverá em que sucederá o contrário. Onde está e estará a maioria? E dum aconselhamento criterioso aos casais inférteis²⁰, não resultará uma preferência pela adopção, que evita (e penso sobretudo na mulher) tanto mal-estar, sofrimento e desilusões?

Uma coisa é certa: a taxa de sucesso da adopção é muito superior à da PMA...

Há muitas crianças à espera de adopção e, paradoxalmente, há muitos casais que esperam por crianças a quem adoptar²¹. Põe-se aqui a questão da

²⁰ Não deveria ser feito em centros de PMA mas estar incluído nos cuidados primários da saúde

²¹ Há mais de 9.000 crianças alojadas em 220 lares e 900 ao cuidado do Ministério da Justiça. A média da adopções não chega a 300/ano e o número de candidatos em lista de espera é de cerca de



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

morosidade dos processos administrativos conducentes à adopção (mesmo assim, o tempo de demora, em média de dois anos, não é inferior ao tempo médio de espera pelo sucesso da PMA..., sucesso que na grande maioria dos casos nunca aparece).

Neste domínio da adopção, os jornais de dia 11 deste mês trazem boas notícias: o Governo tem prontas alterações à lei da adopção que permitirão que todo o processo decorra em nove meses (como a gestação!) podendo os candidatos a pais levar o futuro filho para casa muito antes, logo que a Segurança Social aprove a respectiva candidatura.

Outro reparo é atribuir-se à ética a categoria de “ser um fim em si mesma” (duas últimas linhas da pág. 2). Ora esta categoria só pertence, por inerência ontológica, ao ser humano: é este que justifica a ética, à qual cabe contribuir para o seu desenvolvimento e realização com e para os outros²².

Não se poderia encontrar melhor fecho para este relatório.

29 de Julho de 1997

O Relator,
Prof. Doutor **Joaquim Pinto Machado**

900 (“Público”, 11 de Julho de 1997, p.14).

²² Relatório-Parecer CNE/3/93, p. 88.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

Referências:

- Relatório-Parecer 3/CNE/93 sobre "Reprodução Medicamente Assistida", *Documentação*, Vol. I (1991-1993), Presidência do Conselho de Ministros, 2ª edição 1996, pp.94-95, Lisboa;
- Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé: État actuel des études conduites par le Comité concernant les dons de gametes et d'embryons, pp.1-5, 7-8;
- Pinto Machado: Relatório-Parecer sobre Reprodução Medicamente Assistida - Um Comentário, Boletim da Universidade do Porto, nº 18, pp. 52-53, 1993;
- List of Members of the Human Fertilisation and Embryology Authority;
- Human Fertilisation and Embryology Authority: Executive Structure: 6 December 1996;
- Membership of HFEA Committees and Working Groups.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

PARECER 23/CNECV/98

SOBRE O

PROJECTO DE PROPOSTA DE LEI

RELATIVO À

PROcriação Medicamente Assistida

I
INTRODUÇÃO

1. Em 23 de Abril último, S. Excelência a Ministra da Saúde solicitou o parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) sobre um projecto de proposta de lei relativo à Procriação Medicamente Assistida (PMA). Em 25 de Maio foi enviado um novo Capítulo (V) e em 25 de Junho o texto integral, com algumas alterações e aditamentos.
2. A questão em apreço não é estranha ao CNECV, que emitiu, em 10 de Fevereiro de 1993, extenso “Relatório-Parecer sobre a Reprodução Medicamente Assistida” (3/CNE/93). O teor desse documento e o facto de ele ter sido elaborado por iniciativa própria, exprime que o Conselho já então considerava imperiosa a existência de disposições normativas a tal respeito.
3. O CNECV tem consciência de que se trata de matéria complexa e difícil. Por isso o parecer que ora emite foi precedido de ponderada reflexão, em que foram consideradas diversificadas fontes de informação, incluindo depoimentos de especialistas em PMA e noutras áreas, que o Conselho convidou para o efeito.

Tal como se diz no preâmbulo do documento, também o CNECV, no seu parecer, procurou um equilíbrio entre “eficácia, prudência e razoabilidade” num domínio “onde as facilidades não pontificam”.

É esta atitude que explica o entendimento do Conselho de que a lei venha a incluir um último artigo que determine a sua revisão a médio prazo.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

II

PARECER

Considerando:

- a) a complexidade e diversidade dos problemas relacionados com a PMA;
- b) o pluralismo de entendimentos quanto aos valores a salvaguardar;
- c) a insuficiência de conhecimentos quer científicos e técnicos (apesar dos avanços alcançados) quer referentes ao desenvolvimento a longo prazo das crianças geradas pelo recurso à PMA;
- d) as aspirações dos casais inférteis e o seu sofrimento por não gerarem descendência;
- e) os direitos das mulheres no que respeita à sua saúde e das crianças no que concerne também ao seu desenvolvimento integral;
- f) os imperativos da sociedade quanto à distribuição de recursos financeiros pelos diferentes cuidados de saúde, em função de prioridades eticamente fundamentadas;

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida emite o seguinte Parecer:

1. O projecto de proposta de lei relativo à procriação medicamente assistida é oportuno, pois vem preencher um vazio legislativo cujos inconvenientes estão expressos no seu preâmbulo.
2. Há várias objecções de natureza ética relativamente à reprodução heteróloga com recurso a dadores de sémen. Entre elas, destaca-se o não ser reconhecido, sem restrições, o direito das pessoas ao conhecimento da identidade dos progenitores, caso o reclamem, o que também se aplica às pessoas nascidas em consequência da transferência de embriões. Aliás, os progressos recentes das técnicas de micro-injecção intracitoplasmática de um espermatozóide poderão tornar praticamente dispensável o recurso à dádiva de sémen.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

3. Caso a dádiva de sémen venha a ser legalizada e de acordo com o Relatório anexo, a lei deve consignar:

- a) sanções pelo não cumprimento do estipulado no nº 1 do artº. 15º do projecto de proposta de lei (o que não é contemplado no projecto);
- b) sanções por não gratuidade (rigorosa) da dádiva de sémen (o que também não consta do projecto);
- c) reconhecimento inequívoco, e sem quaisquer restrições, do direito das pessoas geradas em consequência de dádiva de sémen terem acesso à identificação do dador;
- d) imposição de que os dadores o sejam apenas num só estabelecimento;
- e) indicação do número máximo de crianças geradas pelo mesmo dador de sémen;
- f) exigência de que as “Unidades de Conservação de Sémen” só possam existir em estabelecimentos públicos e estabelecimentos privados sem fins lucrativos.

4. Quanto à determinação da paternidade nos casos de inseminação heteróloga, a que se refere o artº. 16º, devem ser eliminados os nºs. 2 e 3, porquanto:

- a) o nº 2 é desnecessário e fere a privacidade do homem e da mulher;
- b) o nº 3 nega à criança o direito de ter pai, o que eticamente é inaceitável.

5. As especificidades técnicas e biológicas da dádiva de ovócitos levam a defender a sua não legalização, como aliás sucede em diversos países europeus em que é permitida a dádiva de sémen.

6. É basicamente correcto, do ponto de vista ético, o disposto no projecto de proposta de lei no que respeita ao número de ovócitos a inseminar e ao destino a dar aos embriões obtidos.

7. Deve ser consignado o destino, nos termos expressos no projecto de proposta de lei, para os embriões congelados já



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

existentes.

8. Face à situação que ainda se verifica de graves insuficiências na prestação de cuidados de saúde e ao reconhecimento de que o montante das despesas da Segurança Social e do Orçamento de Estado com a saúde terá de vir a obedecer a prioridades no respectivo financiamento, é prematuro o compromisso de que a PMA constituirá um encargo social.

9. Pelas razões expostas no Relatório anexo, no nº 2 do artº. 4º deve indicar-se a idade da mulher acima da qual não é permitida a transferência de gâmetas, zigotos ou embriões.

10. No artº. 8º deve ser feita menção expressa aos direitos do filho no que respeita ao desenvolvimento integral da sua personalidade.

Ainda neste artº o nº 3 deve ser reformulado de modo a tornar claro que a invocação da objecção de consciência não supõe, em caso algum, a explicitação da respectiva motivação.

11. De acordo com o documento do Conselho da Europa de 1989²³, aconselha-se a incluir na alínea c) do artº. 9º: O direito a ser informado, se for caso disso, quanto às eventuais implicações genéticas do tratamento proposto, que possam afectar os interesses da criança que venha a nascer.

12. No nº 1 do artº. 14º deve ficar consignada proibição de qualquer forma de retribuição aos dadores de gâmetas e aos casais que dêem o seu consentimento à transferência de embriões.

13. De acordo com as recomendações da Sociedade Europeia de Reprodução e Embriologia Humanas e da Organização Mundial de Saúde²⁴, sugere-se que no nº. 1 do artº. 20º se

²³ Conseil de l'Europe: *Procreation artificielle humaine* ISBN 92-871-1675, Strasbourg 1989, Principle 4.2.

²⁴ *Consultation on the Place of in vitro Fertilization in Infertility Care, Summary Report*, EUR/ICP/MCH/122(S)7139r, Copenhagen, 1990.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

indique que não podem ser transferidos mais de três embriões no mesmo ciclo.

14. O aumento progressivo da incidência da infertilidade impõe, também por razões éticas, o desenvolvimento de estudos sobre as suas causas, em ordem à sua prevenção cientificamente fundamentada.

15. A informação e aconselhamento sobre a infertilidade deve proporcionar-se, prioritariamente, no âmbito da medicina familiar.

16. Na superação da infertilidade, há que fomentar a adopção, dando cumprimento ao artº 36º da Constituição da República Portuguesa, agora reforçado na revisão em curso, e valorizar a própria assunção da situação de infértil que abre oportunidade para actividades de solidariedade social.

17. Deve ser consignado um prazo para que os centros, públicos e privados, que já praticam a PMA, apresentem um relatório das suas actividades, desde o início do seu funcionamento até à data de entrada em vigor da lei.

18. Os contínuos progressos na prática da PMA, o desenvolvimento de estudos sobre os seus efeitos, bem como o aprofundamento da reflexão ética, aconselham que se acrescente um último artigo prevendo a revisão da lei em determinado prazo.

Lisboa, 29 de Julho de 1997

Luís Archer

Presidente do Conselho Nacional de Ética
para as Ciências da Vida



DECLARAÇÃO DE VOTO

1. Introdução: avanço em medicina, recuo em humanidade?

O problema da natureza humana, na palavra angustiada e comovente de Sto. Agostinho em Confissões - *Quid ergo sunt, Deus meus? Quae natura sunt?* - não tem solução nem no plano psicológico individual, nem no plano filosófico²⁵, nem faz sentido no campo da ciência moderna: “(...) *as condições da existência humana – a própria vida, a natalidade e a mortalidade, a pertença ao mundo, à pluralidade e à Terra – não podem nunca ‘explicar’ o que somos nem responder à questão de saber quem somos, pela simples razão de que não nos condicionam nunca em absoluto. Tal foi sempre a opinião da filosofia, ao contrário das ciências que também se ocuparam do homem (antropologia, psicologia, biologia, etc.) (...)*”²⁶.

Cada indivíduo, cada pessoa repete a interrogação agostiniana - sem dúvida uma questão fundadora e uma abertura ao mundo - cada indivíduo responde em cada opção de vida, em cada tomada de decisão. Mas ignora que enfrenta uma ameaça de morte. De morte da identidade, da alma, trazida com a introdução das biotecnologias (incluindo a procriação medicamente assistida, PMA), que desfiguram, desenraízam e desnaturam, imprevisivelmente, a vida humana.

Defendem alguns autores que o avanço da tecnologia é o primeiro determinante do progresso histórico. E é verdade que a PMA, na sua feição experimental e teorética, pertence a uma das mais belas disciplinas da biologia, a biologia do desenvolvimento, campo científico em grande expansão, de importância inapreciável para o futuro da humanidade (por ex. medicina predictiva, ou, até, viagens interplanetárias). Este é, porém, um estudo genérico sobre as principais implicações éticas da PMA, pelo que esta perspectiva não é pertinente e, como se compreenderá, não será tratada aqui.

Porém uma palavra prévia sobre a atitude científica, por oposição à atitude clínica, parece útil. É indubitável que as ciências modernas devem o seu imenso avanço à decisão de tratar toda a natureza (todo o cosmos, virtualmente), de um ponto de vista verdadeiramente universal, ou seja, de um ponto de vista indiferente, isto é “*d’un point d’appui digne d’Archimède, choisi volontairement et explicitement hors de la terre*”²⁷. Mas o que está em questão na problemática biopolítica do uso (médico) das biotecnologias, de que a PMA é uma excrescência maior, é o lugar do sujeito, e este é um problema filosófico, ético e clínico.

²⁵ Hannah Arendt, 1983, *La Condition de l’Homme Moderne*, p.45 (minha tradução)

²⁶ Arendt, p.46

²⁷ ibidem



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

Poderemos dizer noutros termos que estão em causa as condições e a definição das qualidades humanas naturais (*capabilities*, na terminologia de Amartya Sen e de Martha Nussbaum). Neste campo, a posição universalista e “essencialista” (que conjeturo e proponho, é a posição tradicional da medicina), parece ter sido adoptada por vários pensadores e é, talvez, a mais fecunda e conveniente por nos levar directamente às raízes da actual controvérsia introduzida pela medicina de procriação. Esta é a convicção que transparece dos trabalhos de Martha Nussbaum. Sugere esta filósofa norte-americana, eminente helenista, uma definição de ser humano, como o conjunto de predicados - indivíduo mortal, “encarnado”, com sentimentos, com uma biografia que inclui a infância, com razão prática, sentimento de afiliação e sociabilidade, jogando e brincando, com uma existência individuada e separada - traços estes que é extemporâneo criticar. Registe-se apenas que é aparente um pré-juízo igualitário que fundamenta um princípio de analogia nomologicamente relevante. Abreviando uma argumentação tributária das investigações de Nussbaum, defendo que o debate sobre a PMA ou sobre a biopolítica, como sobre o desenvolvimento humano em geral e a vida da mulher em especial, deverá centrar-se no que “(...) *is common to all, rather than on differences (although, as we shall see, it does not neglect these) and to see some capabilities and functions more central, more at the core of human life, than others (...)*”²⁸.

Notoriamente, um dos efeitos mais deletérios da PMA é a dissociação brutal entre genitalidade/sexualidade e maternidade/parentalidade, é a dissolução de experiências originárias da humanidade, a saber, a experiência de formas de vida associadas à procriação, à maternidade, à paternidade, à individuação, à afiliação. A PMA destrói também, por isso mesmo, uma herança cultural milenar, que pode arrastar a supressão de condições pessoais da *philia politiké*, em particular da acção individual como a revelação plena e aberta da subjectividade, do sujeito, do quem²⁹: apaga marcas identitárias, étnicas e religiosas que pareciam indeléveis, que em todas as culturas (como nas judaico-cristãs) se reproduzem em belíssimas narrativas sobre a origem e história da sociedade e/ou da humanidade

A PMA é, em diversos países, além disso, um escandaloso negócio, um “big business” que provocou recentemente uma tomada de posição inédita de várias personalidades no sentido de inversão do ónus da prova no contexto da utilização das novas técnicas de medicina predictiva, de engenharia genética ou da própria PMA: “(...) *While believing it neither possible nor desirable to attempt to outlaw efforts to enhance human characteristics, we found that considerable wariness and skepticism are in order (...). The burden of proof lies heavily upon those who want to propose and pursue an agenda of human enhancement.*(...)”³⁰

Acresce que a PMA levanta dificuldades morais e jurídicas muito complexas, desde a determinação da maternidade e da paternidade, à fixação do locus da

²⁸ Nussbaum, 1995, Human Capabilities. Female Human Beings, in Women, Culture and Development, A Study of Human Capabilities, p.63

²⁹ P. Ricouer, int. a H. Arendt, La Condition de l'Homme Moderne, p.22

³⁰ AAVV, The Goals of Medicine, Hastings Center Report, Nov-Dec., 1996, p. S15



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

responsabilidade (*accountability*) ou à determinação do tipo e grau de (i)licitude, do princípio da posse e do ónus da prova³¹.

Verifica-se ainda que as questões socialmente muito mais relevantes, em termos individuais e de bem comum, da adopção, dos órfãos e da justiça distributiva não são estudadas nem são consideradas com a mesma atenção, quer a nível da sociedade, dos media, ou dos profissionais. Os perigos tenebrosos da eugenia são silenciados³². Perante um Estado de direito, como o português, que tem tamanhas dificuldades em edificar-se, a PMA como técnica cara e de excepção não parece continuar a merecer o benefício liberalista da presunção de inocência e da suposta regulação pelo mercado³³: as entidades que praticam estas técnicas de medicina da reprodução devem ser avaliadas, mostrar que respeitam valores éticos e deontológicos, publicitar “*guidelines*” e resultados, revelar o cumprimento de padrões de qualidade de excelência. Devem mostrar como previnem ou resolvem os problemas morais que causam (vd. adiante).

Em resumo: estamos perante uma escalada imparável (?) na manipulação da vida, o domínio quasi-absoluto da fecundação e do nascimento pela técnica e pelo arbítrio individual. Como em todos os avanços científicos e técnicos, o uso que deles se fizer é que determinará a sua adequação e justeza. A mais preocupante e grave consequência da PMA parece-me consistir numa insidiosa e inevitável destruição da noção ou da imagem de humanidade e, com ela, na evacuação da pessoa individual, da pessoa moral: não faltará quem preveja que perdida e abandonada a noção de humanidade (noção cultural, médica, política - problemática mas partilhada), nenhum discurso de defesa dos direitos do Homem, nenhum sermão acerca da dignidade humana, poderá ainda ter sentido.

Nota: as breves considerações que seguem são orientadas (por lealdade intelectual para com a perspectiva clínica, na aceção mais estrita) pelo interesse primordial da pessoa ou do casal que consulta o médico com um problema de infertilidade. Como se verá, não esqueço o nascituro, mas esforçar-me-ei por me cingir a uma abordagem interna à lógica da medicina da reprodução (sendo Hematologista no IPOFG, necessito, por vezes, de solicitar para os meus doentes os serviços de Ginecologia, mormente de colegas da área da RMA da MAC, que desejo registar e agradecer, na pessoa do Dr. Pedro Sá e Melo).

2. Sem centro?

Como o saber prático moral, a praxis médica era uma arte (*techné*) na qual se tinha por adquirida a certeza de que “*o homem não pode dispor nunca de si mesmo no mesmo sentido em que o artesão ou o artista dispõem do material sobre que trabalham*”, como diz M^a Luísa Couto Soares que explicita, “(...) *o homem não se*

³¹ ibidem, p. S20; entre nós vide Capelo de Sousa, RVA: Os Direitos da Personalidade, 1995 (para cuja definição se deve consultar a p.93).

³² R.H.Blanck, A.L. Bonnicksen (Eds). *Medicine Unbound*. 1994

³³ Maura Ryan. Comunicação ao Congresso Sobre “The Goals of Medicine. Setting New Priorities”. Nápoles, 20.6.1997



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

*projecta a si mesmo com base num eidos, num modelo de si, do mesmo modo que o artista visiona a ideia daquilo que quer fazer e a sabe imprimir no material (...)*³⁴.

Na verdade, como Freud mostrou, sem uma ideia de si, uma ideia com passado, presente e futuro, sem uma biografia e um projecto (à Sartre), o homem não é um Si em-si, para-si. Eliminada a condição de possibilidade de uma ideia de humano, será a própria actividade do médico, será de facto toda a prática social, que perde todo o sentido, o centro de gravidade, o seu campo de acção: *“Na medida em que a hipótese central do totalitarismo repousa sobre o ‘tudo é possível’, uma cidadania sensata e uma acção razoável devem repousar sobre a hipótese inversa, de uma constituição de uma natureza humana, justificada pela sua capacidade de se abrir, de preservar ou de reconstruir um espaço político (...)*³⁵, isto é, de alimentar um espaço de vida comunitária, sem anonimato nem indiferença, policêntrico, traduzindo e reforçando uma rede dinâmica de relações.

Se há um centro do acto médico, terá de ser o centro das principais esferas existenciais da vida de cada sujeito quando doente. Pode-se provar que a determinação concreta, no dia a dia da clínica, desse centro, é originariamente um traço característico da clínica médica. De tal forma que a doutrina aristotélica da virtude (*arête*) é tributária da experiência clínica: *“(...) Tudo está relacionado na estrutura da vida grega (...em especial...) num ponto tão decisivo como o da teoria central platónica e aristotélica sobre a arête do Homem (...). Não se trata, porém, de meras analogias (...) mas sim de fundir toda a teoria médica sobre a acertada terapêutica do corpo com a teoria socrática sobre o cuidado e correcta terapêutica da alma, para constituírem uma unidade superior (...)”*, como diz Jaegger na sua magnífica Paideia.

Direi que através do “artifício seminal” que é a inseminação artificial, a genuinidade da experiência clínica é desvirtuada, perde a sua intersubjectividade imediata e fundadora (quem é o “paciente”, o sujeito-objecto do acto médico: a mulher, o homem, o nascituro, o casal?). O acto médico fica sem centro, sem claro objectivo, sem horizonte de intencionalidade, sem finalidade unívoca e determinável. Convém por isso examinar aqui, ainda que esquematicamente, as finalidades da Medicina.

3. Cultura e limites da Medicina

No seu Relatório, Pinto Machado, incisivamente sublinha que *“(...) a fundamentação ética (da PMA) deve apoiar-se num conceito de natureza humana (...)*³⁶. Também Daniel Callahan interroga se alguém pode defender e justificar limites à manipulação da vida humana. Refere duas classe de respostas: uma baseada no cálculo de custos-benefícios e outra principialista. Esta última procura encontrar *“(...) some intrinsic or inherent standards of appraisal and judgment. This has sometimes taken*

³⁴ Couto Soares, 1996, Do conhecimento prático, (policopiado; com gratidão à autora)

³⁵ P. Ricouer, int. a H. Arendt, La Condition de l'Homme Moderne, p.13

³⁶ Pinto Machado. Documento de Trabalho sobre o Pedido de Parecer do M.S. sobre a Proposta de Lei da procriação Medicamentosa Assistida. 1997, p.9



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

*the form of attempts to define an essence of human nature (...)*³⁷. Mas, o “homem não tem ‘natureza’- nada de (um) ser simples ou homogéneo. É uma estranha mistura de ser e não ser. O seu lugar é entre estes dois pólos opostos”³⁸; quem se atreverá a escrever a cinzel ou a proclamar de cátedra os limites da natureza humana? E, no entanto, todos nos apercebemos sem esforço, como diz Camus, que “a verdadeira obra de arte é sempre à medida humana. É essencialmente a que diz ‘menos’. Há uma certa relação entre a experiência global de um artista e a obra que a reflecte, entre Wilhem Meister e a maturidade de Goethe”³⁹.

Na verdade vivemos uma época em que, pela escala e novidade das mudanças por ele operadas, jamais em período algum da história do conhecimento humano “(...)o homem se tornou (...) mais problemático para si mesmo do que nos nossos dias (...)”⁴⁰. O cuidado, o alívio do sofrimento, o bem do doente, são a razão de ser da medicina; mas também o são a saúde e o conhecimento de tudo o que é humano. O que é o humano na sua complexidade, na sua contradição e na sua integridade, sabendo-se que o acto médico envolve sempre incerteza, bifurcação e parcialidade: “(...) A decision about a part is always part of a judgement about the whole, because what affects the part affects the whole. In medicine, the whole is the whole patient. (...) There can not be a ‘science of persons’ in the same sense in which we have other medical sciences, marked by precise definition and measurement. Twenty-five hundred years ago, Plato called for a ‘science of practical deliberation’ to balance the counting and measuring of what is presently called for a ‘natural science’(...)”⁴¹. O risco assumido por quem mudar este estado da arte, seja manipulando o nascer (seja regulando o morrer), é enorme, imenso, e envolve necessariamente a demonstração do respeito dos princípios éticos (não maleficência, beneficência, autonomia e equidade), o cumprimento de “guidelines”, a responsabilização, a abertura à análise de riscos, de custo-efectividade, etc. Por outro lado qualquer tomada de posição face às novas tecnologias de reprodução, se de boa fé, deverá equacionar ou contrariar dois fundamentalismos de sinal contrário: a demonização da técnica e o “essencialismo” da maternidade natural⁴².

Decidir quais são os limites para a transformação e fragmentação do corpo e do espírito humanos (e dialeticamente enfrentar as respostas fundamentalistas) é muito difícil; a decisão deverá ter em conta lições recentes de aviltamento do homem pelo homem, de utilização instrumental da pessoa, deverá ter presente um pensamento consequente e coerente da finitude que, ao contrário, nos faz “interiorizar a certeza da futilidade dos projectos de auto-divinização do homem e aceitar que um humanismo viável terá de se constituir a partir do que somos e podemos. (...) A vontade de divinização tornou intolerável a finitude (com a qual é, porém, perfeitamente possível coabitar!). Expulsámo-la da consciência; mas isso não bastou para a destruir, e ela retornou-nos na forma infinitamente mais maléfica de um

³⁷ Daniel Callahan, 1994: Manipulating Human Life. In Medicine Unbound, p.120.

³⁸ E. Cassirer, 1995, Ensaio Sobre O Homem, p.22

³⁹ A. Camus. O Mito de Sísifo, p.122

⁴⁰ Max Scheler, cit por E. Cassirer. Ensaio Sobre O Homem, 1995, p.30

⁴¹ E.J.Cassel. Clinical Incoherence about Persons: The Problem of Persistent vegetative State. Ann. Int. Med. 125, 2:147,1996.

⁴² Anne Donchin, 1996, J. Medicine and Philosophy, 221, 5:482s



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

*discurso da (digo bem 'da') morte(...)*⁴³. As palavras avisadas de H. Arendt, podem contribuir para iluminar o caminho que devemos seguir: “(...) *Dans les conditions d'un monde commun, ce n'est pas d'abord la 'nature commune' de tous les hommes qui garanti le réel, c'est plutôt le fait que, malgré les différences de localisation et de variété des perspectives qui en résulte, tous s'intéressent toujours au même objet. Si l'on ne discerne plus l'identité de l'objet, nulle communauté de nature, moins encore le conformisme contre nature d'une société de masse n'empêcheront la destruction du monde commun, habituellement précédée de la destruction des nombreux aspects sous lesquelles il se présente à la pluralité humaine (...). Le monde commun prend fin lorsqu'on ne le voit que sous un seul aspect, lorsqu'il n'a le droit que de se présenter que d'une seul perspective*”⁴⁴. É também a vida privada, “privada de ver e ouvir o Outro, como de ser visto e ouvido por outrém” que explica e determina o isolamento de cada um no seu pequeno domínio do “Cemitério dos Desejos” (remetendo para a obra “etnográfica” com este título, de José Gil).

Cresce por isso, cada vez mais, a controvérsia sobre a finalidade e os objectivos da medicina actual⁴⁵. Quais foram, quais são, as categorias ou conceitos fundadores da medicina? Qual é a ordem natural, o sentido, o *telos*, do acto médico? Sabendo que a decisão clínica implica quase sempre um confronto disciplinado e casuístico com a ambiguidade, compreender-se-à quão grande é a tentação da cedência pela omissão e quão frequente é o risco de queda na ambivalência.

4. Valores relevantes da medicina

Os problemas clínicos mais difíceis envolvem sempre a compreensão, o acolhimento de outrem (na clínica, capacidade de escuta, uma história bem feita), na incerteza na decisão singular e irreversível. A partir das ideias de Aristóteles acerca da ética da virtude e das propostas de Kant sobre a faculdade de julgar, diversos autores têm mostrado que a acção correcta e boa, em moral como na clínica, envolve um equilíbrio delicado entre (o conhecimento de) regras gerais e um engenho para a consciência do particular. A ética da liberdade do casal ou indivíduo infértil como também a ética da responsabilidade do médico que o trata, implica uma dupla reciprocidade: o *éthos* ou *mores*, a normalidade sempre comunitariamente pré-definida e o *éthos*, a interioridade, acção e auto-afecção consciente.

As decisões nestas matérias serão sempre decisões trágicas. Não se podem escamotear os dilemas morais e os conflitos de interesses. As soluções clínicas concretas, serão quase sempre casuísticas, mas de uma casuística com princípios, submetida a “*guidelines*” de excelência técnica, devendo incluir sempre um parecer de uma comissão de ética, garantir explicitamente a satisfação dos requisitos legais e constar de um registo nacional. E sabemos que tal não tem acontecido, apesar de repetidamente assinalado⁴⁶.

⁴³ F. Gil. A Filosofia não é da ordem da Cultura. Diário de Notícias. 8/2/1987, p. IV

⁴⁴ H. Arendt, op. cit. p. 99

⁴⁵ Vide, entre muitos outros, AAVV. The Goals of Medicine, Hastings Center Report, Nov-Dec., 1996

⁴⁶ CNECV. Vol I, 3/CNE/93, p



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

O recurso a técnicas de PMA não deverá ser nunca um método alternativo à reprodução natural⁴⁷. A assunção das responsabilidades de todos os intervenientes perante a sua consciência, a medicina e a lei devem ser sublinhadas. As regras da arte, da garantia de qualidade, do “*risk assessment*”, da medicina predictiva e da acreditação devem ser escrupulosamente seguidas (como nas outras formas de maternidade, com as formas de controlo apropriadas).

Sugiro que a acreditação dos centros que praticam a PMA seja anual ou bianual e dependa da avaliação da qualidade (interna e externa, nacional e supranacional) da sua prática⁴⁸. De acordo com os princípios da autonomia, da responsabilidade e da homologação cabe, em particular, aos próprios centros resolver os problemas éticos e técnicos que geram, por exemplo, os criados pelos embriões excedentários e as questões relacionadas com o desenvolvimento das crianças nascidas.

5. Comentários sobre algumas dificuldades práticas

Há algumas questões preliminares, que não são da responsabilidade imediata e exclusiva dos clínicos ou técnicos de PMA, mas que estes imperativamente devem equacionar; outras questões há, substantivas, que irei referir sucintamente com algumas sugestões mais práticas e tópicas:

- a. faz algum sentido falar de natureza humana ou de pessoa em potência? é este um tema médico? mesmo se problema e conceito ultrapassado, o que é um pré-embrião?; é o embrião de menos de 14 dias, porque não tem ainda o primórdio do notocórdio?
- b. o que é uma família, numa sociedade em acelerada mutação, e experimentando novas formas de convivalidade?; por exemplo, com a actual taxa de divórcios, qual o valor, qual a função, de uma definição restritiva?⁴⁹
- c. quais os “standards” para as várias técnicas médicas da PMA (efectividade de c. 10 sucessos em 100 ciclos?); deve um Centro que efectue intervenções em menos de 50 ou 100 ciclos/anos ser considerado idóneo?; qual o número máximo de gravidezes ectópicas que são aceitáveis - três? e de tripletos, etc.?⁵⁰ (é urgente que a própria profissão estabeleça ou adopte critérios e “padrões” comuns).
- d. como evitar a comercialização e mercantilização destas terapêuticas⁵¹, se há, em vários países, cada vez mais profissionais e instituições que defendem o princípio do lucro na medicina e prescindem de qualquer compromisso ético (incluindo por vezes as regras de deontologia), sobretudo nas “tecnologias de ponta”?

⁴⁷ CNECV. Vol I, 3/CNE/93, p. 91

⁴⁸ Anne Donchin, J. Medicine and Philosophy, 221,5:492; Laura Purdy, J. Medicine and Philosophy, 221,5:509

⁴⁹ D. Sampaio, T. Resina. Família: Saúde e Doença. ICGZS,1994

⁵⁰ Machel Schibel: A new era in Reproductibve Technology. NEJM 318,13:828-34,1988

⁵¹ Jean Bernard, 1990. De la Biologie à L'Éthique



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

- e. a diversa identificação do “paciente”: deve ser repensada a pessoa objecto central do acto médico - sendo a posição da mãe uma auto-posição instrumental, o “paciente-cliente” não deveria ser o nascituro, o corpo mais indefeso e dependente? dever-se-à garantir-lhe adequada protecção, direito a ter Mãe e Pai, direito à verdade, etc. - quem o garante? E assegura?
- f. nas famílias “atípicas” e “*borderline*” preferir sempre a adopção se tal for considerado possível; cabe aos centros de PMA o ónus da responsabilidade pela decisão e o encaminhamento do seguimento clínico destas famílias quando solicitado; estes actos médicos complexos e excepcionais deverão ser efectuados em colaboração com o médico generalista.
- g. enquanto persistir a crise actual de escassez de recursos para os cuidados básicos, o sistema público de saúde não assumirá encargos económicos directos com o processo concreto de PMA, pelo que se promoverá, em alternativa, o seguro de saúde apropriado à situação; pelo contrário, o estado assume as suas responsabilidades face ao(s) filho(s) ⁵².
- h. no estado actual do conhecimento, a verificar-se a inevitabilidade de embriões excedentários sugere-se que poderão ficar disponíveis ao fim de poucos (2 ou 3?) anos; destino equivalente devem ter os actualmente existentes.
- i. as possibilidade de prevenção de um conjunto já significativo de doenças familiares e hereditárias levanta a questão da obrigatoriedade de também nestes casos serem diagnosticadas e prevenidas (cumpre aos Centros de PMA promover ou tomar medidas apropriadas).
- j. é interdito todo o fim lucrativo na PMA; é interdito o comércio com produtos da concepção (incluindo sangue de placenta) como das partes ou de partes do corpo.
- k. os conflitos de interesses devem ser registados e assumidos perante a comissão de ética, que sobre eles se pronunciará, evidentemente na presença da e ouvida a equipa médica; não entregar a uma “mão invisível” a legitimação, nem a argumentação a um “juíz” virtual, justificando formalmente as decisões tomadas e fazendo as correspondentes actas das reuniões; o médico (assistente) deve em cada caso concreto, ser responsável (*accountability*) e o locus da responsabilidade deve ser fixado antecipadamente ⁵³.
- l. uma medida urgente (até final de 1997?) parece ser o levantamento e publicação, pelos Centros que fazem PMA, da sua actividade até este momento, com análise de custo-efectividade e com obrigatoriedade de em prazo razoável enviar ao Colégio de especialidade e ao CNECV essa publicação.

⁵² mas para uma opinião contrária veja-se Jean Bernard, op.cit.p.104

⁵³ The Goals of Medicine, p.S20.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

6. Resumo

Pico della Mirandola, no Discurso da Dignidade Humana, dizia que para Evantes, o persa, “(...) o Homem não possui uma sua específica e nativa imagem, mas muitas (imagens de si) estranhas e adventícias (...)”⁵⁴. Cabe perguntar, face à actual redução de sucesso, a sucesso económico⁵⁵, se perdura alguma imagem do humano que possa legitimar uma prática médica eticamente exigente, uma prática mais aberta à heurística do sagrado que à cotação do mercado. Neste, como noutros domínios de alta tecnicidade, só dialogicamente se tem acesso à argumentação e por último a conclusões praticamente razoáveis⁵⁶. Em resposta à pergunta de S.º Agostinho assumi que “o Homem é uma ‘obra de tipo indefinido’ ” a quem incumbe a responsabilidade de aperfeiçoar o seu ser (tese retomada por Foucault em As Palavras e as Coisas⁵⁷). O clínico, o especialista de medicina da reprodução, tem pois a pesada responsabilidade de encaminhar os seus “pacientes/clientes” numa direcção de mais e melhor saúde, de mais e maior dignidade.

Por estas razões voto a favor do Parecer 23/CNECV/97 sobre o projecto da proposta de Lei da Procriação Medicamente Assistida.

Lisboa, 29 de Julho de 1997

Dr. Silvério Marques

⁵⁴ Pico della Mirandola, Discurso da *Dignidade Humana* (p.55).

⁵⁵ Arendt, op. cit., p.97s

⁵⁶ F.J.Bronze, 1994, A Metodonomologia entre a Semelhança e a Diferença, p.224

⁵⁷ Pico della Mirandola, Discurso da *Dignidade Humana*; A. Finkielkraut, A Humanidade Perdida, 1997, p.52.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

DECLARAÇÃO DE VOTO

1. Reconheço e louvo o notável trabalho realizado pelo Prof. Doutor Pinto Machado na elaboração do Relatório-Parecer 23/CNECV/97 relativo ao projecto da proposta de Lei da Procriação Medicamente Assistida, pedido pelo Ministério da Saúde. O seu Relatório é fruto de uma profunda reflexão, tendo a preocupação de responder a algumas das dificuldades surgidas na discussão de tão complexo problema. O facto de situar a PMA no contexto sócio-económico da sociedade portuguesa e, em particular, no contexto das condições deficitárias da prestação dos cuidados de saúde em Portugal é um facto importantíssimo que, só por si, deve necessariamente levantar algumas questões éticas ao legislador na sua função de gestor das prioridades nacionais.

2. Não posso, porém, dar o meu pleno assentimento ao Parecer elaborado pelo Conselho e pelo qual reconheço, no entanto, que sou solidariamente responsável.

Abstenho-me, em primeiro lugar, por uma razão processual: o CNECV ao emitir um Parecer de natureza ética, deve cingir-se às perspectivas da ética e não deve submeter-se à organização do articulado de qualquer projecto de diploma legal que seja proposto à sua apreciação ética. É que a ordenação jurídica de qualquer diploma limita necessariamente o âmbito dos princípios que ao CNECV cabe enunciar.

3. É essa limitação que faz com que a minha abstenção vise também o conteúdo do Parecer. Em meu entender, foi excessivamente medicalizado o tratamento pelo CNECV da PMA, levando a escamotear as questões filosóficas e psicanalíticas que se põem à PMA e que, aliás, foram expressas quer por membros do Conselho, nomeadamente pelo documento do Dr. Silvério Marques, quer por especialistas que foram ouvidos pelo Conselho, nomeadamente pelo Dr. Coimbra de Matos.

4. A título de exemplo, apenas refiro um dos aspectos que considero fundamentais no juízo ético sobre a PMA.

Todos desejamos de algum modo prolongar a nossa existência em algo ou alguém que nos ligue à história que não viveremos. Ter filhos é parte desse “destino de imortalidade” inscrito na vida humana. A fecundidade da existência aparece assim como equivalente à fertilidade. Ora a fecundidade tem uma larga gama de possibilidades, é “a vida multiplicada e brilhante” de que fala Sophia. Enquadrar a fertilidade na fecundidade é um dos aspectos mais importantes da formação da sexualidade.

Fala-se da necessidade de ter filhos, do desejo de ter filhos (penso que a expressão do “direito” a ter filhos já mostrou a sua vacuidade). Entre as duas fórmulas citadas



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

acima há já uma enorme diferença. A necessidade fala de uma incompletude da pessoa, de uma não-maturação da sua realidade individual e finita. É a dificuldade de experimentar o valor da pessoa na sua existência única. Essa necessidade chega a ser numa grande parte do mundo de natureza económica - os filhos como segurança de mão de obra suplementar em sociedades rurais, os filhos como segurança na velhice. E o desejo de ter filhos? Donde vem esse desejo? Da resposta a mitos ancestrais presentes em todas as culturas? Da omnipresença na vida da mulher da relação dual, da fusão com outro ser que a gestação permite? Da tentação demiúrgica tão estruturadora do homem enquanto ser que pode criar *ex nihilo*? Da incapacidade de cada pessoa humana viver unicamente consigo mesma e com a alteridade radical e paritária do outro?

Reconheço o profundo sofrimento a que a infertilidade pode conduzir. A infertilidade gera uma ferida narcísica que pode atingir um grau insustentável de angústia. É o eu enquanto elo da cadeia humana que fica em causa. Mas uma ferida desse tipo tem de ser tratada pelos meios próprios - que têm que ver com a renúncia, com a assunção da própria vida, com a sublimação (no sentido freudiano) do desejo. O processo do luto do desejo de ter filhos é possivelmente um processo para a vida inteira já que o imaginário se nutre da cultura ambiente e esta veicula o quase imperativo da procriação. É um universo mítico aquele em que se forma o desejo de ter filhos. Todas as tradições religiosas - e em especial as do Livro - têm como axiológica a benção que os filhos representam para o justo. E a saga da mulher estéril atravessa de forma constante e paradoxal essas tradições.

É este tipo de considerações que me leva a afirmar que a esterilidade não é de forma liminar uma doença, mas sim um sintoma de um estado pessoal (em alguns casos sem dúvida de natureza física), frequentemente de relação à sexualidade, ao outro, até ao que inconscientemente se desenha como a assustadora responsabilidade de ter filhos. Por isso, tenho dificuldade em ver, de modo simplista, a PMA como uma cura para essa situação; é apenas a resolução de um sintoma, o facto de não se ter um filho e de se sofrer por isso. Importa lembrar que um filho não transforma automaticamente o pai e a mãe em seres abertos, dados, fecundos - a vida de todos os dias aí está para no-lo mostrar.

E a criança que vai nascer da PMA quem é? Para se estruturar precisa de descobrir a cena primitiva que lhe diz respeito. Ora na PMA que cena é essa? Como vai a criança transportar consigo ao longo da vida o saber-se nascida de actos parcelares e cujo realismo irá gradualmente conhecendo? Poderão esses fragmentos reconstituir uma cena primitiva?

É na zona mais íntima da identidade de cada um, no cerne da sua estrutura sexual, que vai afinal tocar a questão da PMA.

Não posso compreender que se aceitem hoje tão facilmente todas as ciências e técnicas e se passe sob silêncio as que dizem respeito às grandes descobertas sobre a estrutura psíquica da pessoa humana. Seria o mesmo que querer continuar a explorar o mundo da Física pondo entre parêntesis a Mecânica Quântica! Parece



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

preferir-se a medicalização de todos os actos humanos à aceitação do conhecimento de nós mesmos. Porquê? Talvez porque a ciência e a técnica alimentam o mito ascensional do progresso enquanto a ciência psicanalítica remete inevitavelmente para os limites próprios enquanto indivíduo e enquanto parte da condição humana.

Hoje, depois de *Einstein* e de *Oppenheimer*, não é verdade que a ciência se pode sempre superar a si mesma. Há fronteiras para além das quais já não é lógico procurar outros mundos porque neles reside a destruição deste mesmo mundo. Estamos afinal no âmago da mudança de paradigma que se esboça para o próximo milénio mas que repugna às nossas ilusões aceitar. E não porque a razão não possa chegar mais longe. É que há valores que estão acima da razão. Saímos do “tempo das luzes” não para menosprezarmos a razão mas para descobrirmos que ela comunga de uma realidade de ordem simbólica, mais vasta e mais profunda.

Lisboa, 29 de Julho de 1997

Eng^a Maria de Lourdes Pintasilgo



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

DECLARAÇÃO DE VOTO

sobre o Parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida relativo ao pedido do Ministério da Saúde sobre o projecto da proposta de Lei da Procriação Medicamente Assistida

1. Decidi abster-me na votação final do Parecer pelos motivos que adiante exponho nesta declaração de voto.

Tornar-se-á claro que o meu voto de abstenção em nada afecta a grande qualidade científica e ética do Relatório do Senhor Conselheiro Prof. Doutor Joaquim Pinto Machado Correia da Silva que ficará como uma referência pela forma inteligente usada para comparar as posições do anterior Relatório-Parecer 3/CNE/93 e as disposições da proposta de Lei em análise. O rigor do capítulo II - Reflexão Ética, do Relatório do Prof. Doutor Joaquim Pinto Machado deu-me particular ajuda para a formulação da minha declaração de voto de abstenção.

2. A decisão de abstenção sobre o Parecer resulta de que não o posso aprovar na totalidade nem o devo rejeitar na totalidade.

Com efeito não posso aprovar o que consta dos nºs. 2, 3, 4 e da parte do nº 12 que se refere aos dadores de gâmetas. Mas não devo rejeitar, com voto negativo, o Parecer, porque todas as restantes disposições colhem a minha concordância.

3. O fundamento do meu voto de abstenção está na impossibilidade de aceitar, no plano ético, principalmente, mas também no jurídico e social, a legalização da fecundação da mulher com esperma estranho ao interveniente masculino num projecto de parentalidade e conjugalidade comum a um determinado homem e a uma determinada mulher (artº 4º nº 1 do projecto de Lei).

A conjugalidade é anterior à parentalidade.

Em todas as culturas, mesmo nas mais distantes dos modelos judeo-cristãos prevaletentes na Europa, há regras de conjugalidade que instituem, que dão estatuto, à transformação do enamoramento em amor, na feliz expressão de Francesco Alberoni, e cito:

“O projecto que cada um faz para si envolve o outro: é um projecto de vida também para o outro; é a proposta daquilo que se deve querer juntos. Mas há coisas que não se querem juntos, coisas incompatíveis. Algumas mais ligeiras, às quais se pode renunciar com facilidade, outras que se podem adiar, outras que são essenciais. A procura daquilo que deve ser desejado por ambos comporta por isso um contínuo fazer e refazer de projectos, um contínuo procurar outros caminhos. Mas também um contínuo encontrar pontos aos quais não se pode renunciar, porque se não se realizam perde sentido o próprio amor: são os pontos de não regresso. Nos projectos feitos e refeitos, estes pontos essenciais



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

apresentam-se-nos sempre com os laços que não se podem desfazer e que cada um deve aceitar tornar próprios.

O amor como instituição surge, por isso, também ele como um pacto. E isto constitui-se em redor de um limite no reconhecimento de que nem tudo é possível mas que há o impossível. O amor como instituição é sempre, por isso, amor que nos parece diferente, longínquo, até estranho.”

(Francesco Alberoni - GÉNESE. Bertrand Editora, 1990)

A parentalidade não é condição fundante da conjugalidade. Mas o projecto conjugal de um homem e uma mulher, de um certo homem e de uma certa mulher, pode estar estruturado sobre a fertilidade de forma tão intensa e abrangente que pareça, ao casal, subsumir a própria conjugalidade; como se o pacto conjugal - na expressão de Alberoni - não aceitasse a infertilidade como um limite do possível.

É nesta situação que a infertilidade se apresenta ao casal como uma situação de sofrimento, de tal modo intenso que o pacto conjugal, o pacto de conjugalidade amorosa, está ameaçado de rotura.

Este sofrimento, apresentado a um médico, é *illness*, é uma enfermidade, para a qual o médico pode encontrar um tratamento.

Algumas vezes o sofrimento da infertilidade tem uma causa orgânica, é uma doença (*disease*), com uma lesão subjacente tratável por intervenção médica ou cirúrgica. Não é adequado, nesta declaração de voto de abstenção estar a elencar estas situações mas posso anotar, de passagem, que em artigo do *New England Journal of Medicine*, de 24.07.97, de *Sylvie Marcoux* e colaboradores, a endometriose diagnosticada em 20 a 68% das mulheres estudadas por infertilidade pode ser tratada por cirurgia laparoscópica e este tratamento aumenta, significativamente, a possibilidade de fertilização natural (NEJM, 337 (4): 217-222, 1997).

Excluídas as causas orgânicas tratáveis, restam as formas intratáveis e as formas idiopáticas.

Para efeito desta declaração de voto de abstenção destaco como forma intratável, a impossibilidade de obter, para fertilização *in vitro*, espermatozóides capazes de fecundarem óvulos, mesmo por ICSI, gâmetas imaturos mas apropriados para injeção intranuclear nos ovócitos ou a situação de destruição total da linha espermatogénica nos testículos ou, ainda, a ausência de testículos na bolsa escrotal.

Quando o componente masculino do projecto conjugal tem estas características a parentalidade é impossível.

E não se torna possível pelo recurso ao esperma de dador.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

No projecto parental de um certo homem e de uma certa mulher não é o esperma que fecunda é a pessoa humana toda que assume a paternidade e a executa, no plano biológico, através do espermatozóide fecundante.

Como também, no projecto parental de um certo homem e de uma certa mulher, a maternidade não é, apenas, o óvulo fecundado, mas sim a pessoa feminina toda, com as riquíssimas transformações biológicas e espirituais do estado maternal que começam na fecundação e duram por toda a vida.

No projecto conjugal estas transformações estão integradas na conjugalidade desta mulher e deste homem.

Quando o casal aceita a contaminação do seu projecto pessoal, a dois, por um terceiro membro, anónimo ou não, é legítimo afirmar que a conjugalidade está desfeita colocando este casal, de facto, fora das condições do nº 1 do artº 4º do projecto de Lei do Governo.

A alínea h) do preâmbulo do projecto de Lei “justifica” a dádiva de sémen com uma afirmação inaceitável - não pode negar-se (a dádiva de gâmetas masculinos) sempre que assumidas todas as consequências que podem resultar de tal acto pelos potenciais “beneficiários”. É como se dissesse que se eu assumir as consequências de ser preso não se me pode negar o direito de roubar ou até de matar.

Ora o que está em causa não é o direito de um cidadão querer doar o seu esperma; o que está em causa é a legitimidade ética, jurídica e social de este esperma ser usado pelo médico num projecto conjugal para fins de substituir-se a uma parentalidade impossível.

4. Do meu ponto de vista a legitimidade ética para a prática das técnicas de procriação medicamente assistida, pelos médicos, está exclusivamente no facto de ser tratamento de um sofrimento, uma enfermidade ou uma doença.

Neste plano a doença é a infertilidade de um certo casal e o sofrimento que ela produz, de forma intensa e prolongada, a este casal, a um certo homem em relação de conjugalidade com uma certa mulher.

O uso de esperma (ou de óvulo) exterior a este casal (terceiro(!) dador lhe chama o nº 1 do artº 15º da proposta de projecto de Lei) gera uma relação triangular eticamente inaceitável porque falsifica a relação de conjugalidade e não trata a infertilidade do casal. O casal continua infértil mesmo que o elemento feminino tenha aceite um embrião para cuja produção, *in vitro*, tenha contribuído apenas um dos membros do casal conjugal.

A adopção de embriões abandonados, como de crianças já nascidas e abandonadas, não deve ser vista nunca como um tratamento de infertilidade - e nem sequer é limitada a casais inférteis -, mas como uma decisão tomada no



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

benefício do embrião ou da criança abandonada e em grave risco de vida. Pensar o contrário seria instrumentalizar o embrião, ou a criança.

Em resumo: a fecundação com espermatozoides de dador ou óvulo de dadora não é eticamente aceitável porque não é um acto médico com finalidade terapêutica.

O risco maior da aceitação desta prática médica como uma prática eticamente aceitável é o seguinte: admitida a instrumentalização médica do processo de fertilização tudo o mais deve ser eticamente aceitável: utilização de óvulos de fetos abortados, fertilização de mulheres sem projecto conjugal, de mulheres com “conjugalidade” homossexual, de mulheres em menopausa ou de adolescentes com capacidade de fecundação - desde que o desejem e desde que, como diz a proposta de projecto de Lei “assumam todas as consequências que podem resultar de tal acto.”

Estes argumentos bastam, por si próprios, para me forçarem ao voto de abstenção.

Mas devo, ainda, considerar as implicações sobre as crianças, as pessoas humanas que em cerca de 20% das tentativas irão resultar desta fertilização com espermatozoides de dador ou óvulo de dadora.

5. Do lado do nascituro as implicações resultantes de uma ambiguidade insanável quanto à paternidade são, também, fundamento para considerar este procedimento médico como eticamente inaceitável. Vejamos essas implicações nos diferentes modelos:

5.1. Anonimato absoluto do dador, com penas de multa e prisão para quem dê qualquer informação sobre a identidade do dador - caso da Lei francesa de 1994. Filho de ninguém, *Enfant de Personne*, lhe chamam *Geneviève de Parseval* e *Paul Verdier* (*Enfant de Personne - Paris: Odile Jacob, 1994*).

Este modelo retira a uma pessoa o conhecimento da sua identidade genética que é um direito reconhecido na Declaração da UNESCO sobre o genoma humano e os direitos humanos como transcrevo do original da proposta preparada pelo *Comité International de Bioética*, aprovado em 25 de Julho de 1997 pelo Comité de Peritos Governamentais e será certamente ratificada na Conferência Geral do próximo mês de Outubro:

“Article 1

The human genome underlies de fundamental unity of all members of the human family, as well as the recognition of their inherent dignity and diversity. In a symbolic sense it is the heritage of humanity.

Article 2

a) Everyone has a right to respect for their dignity and for their human rights regardless of their genetic characteristics. ...“



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

Pode argumentar-se que se os membros do casal deram o seu consentimento para a geração de um filho de pai biologicamente incógnito, a criança perdeu o direito de exigir conhecer o seu pai natural. Transcrevo a resposta de um artigo de *Anne Mette Maria Lebech* do *Centre for Ethics and Law* da Universidade de Copenhague, publicado na revista *Bioethics (Anonymity and informed consent in artificial procreation - Bioethics 11 (3 e 4): 336-340, 1997)*... *“children orientates themselves in the world by referring their whole being to the part of themselves they think of as masculine - in other words to their origin. They understand themselves in terms of a covenant between their mother and their father, and they seek to clarify their identity by appealing to this cosmic formula. Perhaps they are justified in assuming that this formula, which is their own very personal one, is radically changed by the fact that one of their parents does not belong at all to this hieros-gamos (holy marriage). As this is a question of personal identity, they might feel deeply deceived, and even betrayed in their innermost being, if their parents have hindered their symbolic self-understanding in its direct reference to reality and have forced them to live with a lie about their true identity.”*

Em resumo os pais não têm o direito de mentir a um filho ou filha acerca da sua verdadeira identidade, a partir da sua ascendência genética.

5.2. Dador identificado ou identificável.

Embora este modelo respeite o direito da criança nascida por fertilização *in vitro* heteróloga a conhecer a sua identidade biológica, os problemas relativos à paternidade e às responsabilidades parentais são juridicamente muito complexos e obrigam a legislações muito pormenorizadas (ver anexo: *The Regulation of Assisted Conception in England. Kristina Stern. European Journal of Health Law, 1: 53-79, 1994*) que, no entanto, não resolvem a falha ética inicial e originam sempre uma dupla paternidade, muito perturbadora para a criança (ou adolescente ou adulto) no plano psico-afectivo. Seja obrigatória, ou só a pedido, a comunicação, ao filho, da identidade biológica vinculada a um estranho ao casal, que pode já ter falecido ou ter-se tornado num criminoso após a doação, é motivo de grande perturbação, de consequências imprevisíveis.

A identificação no acto da colheita e no acto da inseminação ou de PMA é obrigatória para evitar o risco de uma fecundação incestuosa, mas não o é a publicitação a terceiros, designadamente ao filho ou filha. Contudo os abusos estão documentados devendo referir-se o caso de um médico que praticava a procriação medicamente assistida usando sistematicamente o seu próprio esperma, recolhido e congelado antecipadamente.

Em ambos os modelos, pai incógnito ou pai identificável, é criado, intencionalmente, um ser humano com desrespeito por dois direitos humanos internacionalmente reconhecidos - Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança de 20 de Novembro de 1989 - que são o direito à identidade biológica e ao desenvolvimento normal.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

Sabemos todos que, infelizmente, este último direito é muitas vezes postergado, fora das situações de procriação medicamente assistida com gâmetas exteriores ao casal, pelo que muitas crianças, ditas normalmente concebidas, sofrem gravemente, com vícios de desenvolvimento, no interior de famílias patológicas. Mas o que está aqui em causa e constitui ferida ética é a intencionalidade da criação de seres humanos, na qual direitos humanos fundamentais não poderão ser respeitados, pelas condições prévias desta criação intencional.

Em conclusão: não podendo aceitar, no plano ético, as propostas de artigos do projecto de Lei referentes à doação de esperma nem o tratamento que lhes dá o Parecer do CNECV, abstenho-me de votar este Parecer prestando homenagem, embora, ao grande esforço de consensualização que o Parecer testemunha.

Lisboa, 29 de Julho de 1997

Prof. Doutor **Daniel Serrão**

Bibliografia:

STERN, Kristina, - *The regulation of assisted conception in England*, European Journal of Health Law 1: 53-79, 1994, © Kluwer Academic Publishers, Netherlands, 1994



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

DECLARAÇÃO DE VOTO

Entendo que a PMA é de facto uma intervenção terapêutica, com indicações precisas (presença de esterilidade - doença) e estou de acordo com o Relatório, em toda a sua extensão e nomeadamente quando se refere que a PMA não se destina a resolver problemas psicológicos de um membro do casal. Neste sentido, não deve a dação de sémen ser admitida no texto legal como meio técnico a que a PMA possa recorrer, por

- a). não corresponder, no plano médico, a uma cura da esterilidade, que na realidade persiste e apenas é objecto de uma intervenção cosmética;
- b). ter o grave defeito ético de introduzir um terceiro elemento na área dos “progenitores”: elemento desconhecido mas real, silenciado na relação entre os pais putativos mas presente, e para cuja existência se não poderá nunca presumir o consentimento do filho;
- c). lesar seriamente a justiça e os direitos constitucionais do indivíduo assim gerado, ao não lhe permitir ter acesso ao conhecimento da sua filiação biológica e, portanto, da sua mesma identidade.

Lisboa, 29 de Julho de 1997

Prof. Doutor **Walter Osswald**



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

DECLARAÇÃO DE VOTO

Considero que, além das “objecções” referidas contra ela no número 2 do Parecer, a reprodução heteróloga, filosoficamente analisada, carece de fundamentação ética.

Lisboa, 29 de Julho de 1997

Prof. Doutor **Michel Renaud**