



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

RELATÓRIO – PARECER SOBRE REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA (3/CNE/93)

(in DOCUMENTAÇÃO, CNECV, vol. I, (1991-1993), pág. 75-103)

I – INTRODUÇÃO

As tecnologias de reprodução medicamente assistida (RMA) inserem-se no contexto mais amplo dos cuidados relativos à infertilidade.

A Organização Mundial de Saúde tem definido infertilidade pela ausência de concepção depois de pelo menos dois anos de relações sexuais não protegidas¹. Os factores de infertilidade podem ser absolutos ou relativos, dando origem, respectivamente, à esterilidade ou hipofertilidade. A primeira deriva de situações irreversíveis em que a concepção só será possível através das técnicas de RMA. Nas situações de hipofertilidade, como infertilidades de causa inexplicada, a concepção poderá ser conseguida, nalguns casos, por terapêuticas tradicionais.

A taxa de infertilidade absoluta em França foi calculada em 3% dos casais e a de hipofertilidade em 10%². Estes valores são da mesma ordem de grandeza da que se presume verificar-se em Portugal.

É importante notar que os cuidados relativos à infertilidade compreendem programas de prevenção, opções sociais e opções médicas¹

A prevenção da infertilidade é, sem dúvida, preferível às tentativas da sua superação¹. Sabe-se que entre os casais jovens é hoje mais elevada a taxa de infertilidade (da ordem dos 16%), provavelmente devido, por um lado, a factores que decorrem dos diferentes papéis assumidos pela mulher e pelo homem na vida familiar e social e, por outro lado, a factores ambientais como a poluição, tabaco, *stress*, contraceptivos, prática de abortos clandestinos, doenças sexualmente transmissíveis e factores emocionais. Urge investigar estas e outras causas evitáveis de infertilidade e desenvolver largamente programas de prevenção, de educação para a saúde e para a sexualidade e serviços de aconselhamento da população.

As opções sociais (adopção, iniciativas assistenciais, atitude de assumir voluntariamente a condição de infértil) poderão constituir, para muitos casais, a melhor forma de superar a ausência de filhos¹. Interessa que, através de serviços bem organizados de aconselhamento, os casais inférteis sejam conhecedores e conscientes das possibilidades destas opções, às quais deve ser dado o relevo que merecem.

As opções médicas incluem as técnicas de RMA, que se têm desenvolvido com enorme rapidez e permitiram, de facto, até hoje, que perto de um milhão de casais tenham transmitido vida a uma descendência que, de outro modo, não teriam.

No entanto, a aplicação destas tecnologias a determinadas situações tem levantado, em todo o mundo, uma variedade de interrogações filosóficas e éticas fundamentais sobre a natureza e dignidade da pessoa humana, sobre o tipo de homem que queremos plasmar para o futuro, sobre os limites a impor aos novos poderes que a ciência nos dá, sobre a unidade e estabilidade da família, assim como sobre a ordem científica e tecnológica da sociedade em que vivemos.

Estas questões, debatidas por cientistas, filósofos e juristas, não encontraram ainda, em muitos casos, soluções definitivas, mas têm merecido a atenção de instâncias internacionais como, por exemplo, *comités* do Conselho da Europa³, congressos europeus patrocinados pela CEE⁴, recomendações do Parlamento Europeu⁵ e da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa⁶.

Também em Portugal uma variedade de grupos e instituições se têm debruçado sobre os mesmos problemas.

Este Conselho pretende, com o presente relatório-parecer, identificar as principais questões éticas suscitadas pelas técnicas de RMA, propor alguns princípios de fundamentação



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

axiológica, aplicá-los às diversas situações das tecnologias reprodutivas e extrair finalmente algumas conclusões.

II – ESCLARECIMENTOS TÉCNICOS

1 – Definição das técnicas de RMA

As técnicas mais comuns de RMA são, presentemente, a inseminação artificial (IA), a transferência intratubária de gâmetas (GIFT), a transferência intratubária de zigotos (ZIFT) e a fertilização *in vitro* seguida de transferência de embriões (FIVETE).

Pela IA dá-se a transferência mecânica de espermatozóides, previamente recolhidos e tratados, para o interior do aparelho genital feminino.

Através da GIFT os dois tipos de gâmetas (espermatozóides e ovócitos, previamente isolados) são transferidos para o interior das trompas uterinas de modo que só aí se dê a sua fusão. A fecundação tem lugar *in vivo*.

Por meio da ZIFT, ambos os tipos de gâmetas são postos em contacto *in vitro* em condições apropriadas para a sua fusão. O zigoto ou zigotos resultantes são transferidos para o interior das trompas uterinas.

No caso da FIVETE, o zigoto ou zigotos continuam a ser incubados *in vitro* no mesmo meio em que surgiram, até que se dê a sua segmentação. O embrião ou embriões resultantes (no estágio de 2 a 8 células) são então transferidos para o útero ou para as trompas.

Os espermatozóides podem ser mantidos congelados, por períodos indefinidos, em condições que lhes permitem reter suficiente actividade, podendo assim ser armazenados em bancos de esperma. O congelamento de ovócitos é, por agora, tecnicamente insatisfatório.

2 – Proveniência dos materiais biológicos

Nas técnicas mencionadas, os espermatozóides e os ovócitos podem provir do casal, e nesse caso a RMA diz-se homóloga. Se, pelo contrário, um ou ambos os tipos de gâmetas do casal não são viáveis e se recorre a um dador de espermatozóides ou/e de ovócitos, exterior ao casal, a RMA diz-se heteróloga.

Em casos em que a mulher não pode ou não quer engravidar, existe a possibilidade de recorrer a «mães de substituição», as quais se comprometem a suportar a gravidez e, depois do parto, a entregar a criança ao casal. No caso mais frequente, a potencial mãe de substituição é artificialmente inseminada com espermatozóides do elemento masculino do casal. Neste caso, a mãe de substituição contribuiu não só com o seu útero mas também com o seu ovócito. Noutros casos, menos frequentes, dá-se a transferência, para o útero ou para as trompas da potencial mãe de substituição, de um ovo ou de um embrião resultante da fusão *in vitro* dos gâmetas do casal. A dação de um ou de ambos os tipos de gâmetas pode estar combinada com a maternidade de substituição.

Deste modo, os elementos do processo naturalmente uno da reprodução humana podem ser dissociados, no espaço e no tempo, e reassociados de modo novo. Igualmente se podem separar, em pessoas diferentes, os elementos constitutivos da maternidade e da paternidade.

3 – Embriões excedentários

Verificou-se que a percentagem de êxito (obtenção de uma gravidez evolutiva) da ZIFT e FIVETE (que se situa geralmente entre os 10% e os 30%) cresce à medida que se aumenta, até certo valor, o número de zigotos ou embriões transferidos e, portanto, de ovócitos inseminados. Por essa razão se pratica a estimulação hormonal para provocar a superovulação de modo a poder colher vários ovócitos no mesmo ciclo. No entanto, esta estimulação deve ser prudente e



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

controlada, pois uma estimulação exagerada pode acarretar graves incómodos na vida física e psíquica da mulher, além de conduzir sempre a menores taxas de rentabilidade do método utilizado, pelas repercussões que acarreta quer a nível ovárico quer uterino.

O número de ovócitos obtidos em consequência da estimulação hormonal é alta e imprevisivelmente variável. Dos ovócitos que forem inseminados também não é fácil prever, em cada situação clínica, quantos virão a ser fecundados e a originar embriões.

Por outro lado, a transferência de um número superior a três ou quatro embriões por ciclo não proporciona uma maior percentagem de gestações evolutivas, originando em simultâneo graves riscos para a mulher, pelo que este é o número máximo de embriões transferidos em cada ciclo pela maioria dos autores e que consta das recomendações do Comité de Ética da European Society of Human Reproduction and Embriology publicadas em Junho de 1991.

Consequentemente, os embriões que excedam em número os três (ou quatro) dizem-se excedentários e não poderão ser transferidos naquele ciclo. O seu destino constitui um grave problema ético, social e legal. A não serem imediatamente abandonados, poderão ser congelados (com uma percentagem de sobrevivência de cerca de 55%⁷) para posterior utilização pelo casal que lhes deu origem, para dação a outro casal infértil, ou para uso em investigação.

Por experiências de investigação não se entendem, neste contexto, os ensaios clínicos, observações ou manipulações técnicas de cuja aplicação se possa razoavelmente prever maior probabilidade de desenvolvimento dos embriões, nem mesmo tentativas de terapia embrionária. Essas investigações fazem parte da experimentação em benefício da vida do próprio embrião manipulado, sendo, por isso, unanimemente aceites, sob as condições habituais.

Diferente é o caso, de que se trata neste relatório-parecer, da investigação que implica a subsequente destruição dos embriões utilizados e que é, portanto, em benefício, não da vida daqueles embriões, mas sim do progresso científico.

Há numerosas equipas no mundo e duas em Portugal que evitam sempre a existência de embriões excedentários, não inseminando mais que três (ou quatro) ovócitos em cada ciclo.

Discute-se se esta última solução faz ou não baixar a probabilidade de êxito (obtenção de uma gravidez evolutiva) da RMA. Algumas equipas negam esta baixa e referem, entre outros dados, que nos Estados Unidos as percentagens de gravidez obtidas são idênticas nos Estados que permitem a existência de embriões excedentários e nos que evitam esta situação, como Louisiana e Novo México⁸. Outras equipas julgam que os resultados são mais baixos quando se inseminam apenas três ou quatro ovócitos, particularmente nos casos de esterilidade idiopática (inexplicada), ou causada por um factor masculino (oligoastenospermia).

Há ainda equipas que inseminam um número de ovócitos que é calculado, em cada caso, de modo a não dar origem, normalmente, a mais de três ou quatro embriões. Excepcionalmente, porém, e devido à imprevisibilidade das situações, surgirá um ou outro embrião excedentário. Nestes casos, seria desejável ter o equipamento para o congelamento desses embriões. No entanto, tal equipamento e as despesas que ele implica seriam dificilmente justificáveis para um exíguo número de amostras. As equipas que o possuem tendem, por isso, a inseminar todos os ovócitos que obtêm e a congelar os embriões excedentários para um dos três destinos acima indicados.

4 – Progressos previsíveis

Vários progressos técnicos se prevêm para o futuro próximo, como:

Fecundação *in vitro* através da microinjecção de um espermatozóide num ovócito, o que poderá representar uma verdadeira revolução em situações de hipofertilidade masculina e limitar o número de casos com indicação de recurso a dadores de esperma;

Todas as outras técnicas de micromanipulação, nomeadamente para diagnóstico pré-natal;



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

Possibilidade de vir a conseguir-se congelamento de ovócitos em boas condições, o que ajudaria a evitar embriões excedentários;

Prolongar por cinco a sete dias a incubação dos embriões *in vitro* em condições que se julga poderão aumentar as probabilidades de implantação e permitir a redução do número de embriões a transferir;

Outros progressos se esperam no domínio do conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos da esterilidade masculina e feminina, assim como na investigação das consequências psicológicas e sociais das técnicas de RMA.

Independentemente destes progressos técnicos, a educação para a saúde e para a sexualidade representa um elemento fundamental na prevenção da infertilidade.

III – CONTEXTO SÓCIO-FAMILIAR PORTUGUÊS

1 – *Influência de transformações recentes*

A procura das técnicas de RMA por parte da sociedade reflecte uma aceitação que só se tornou possível (ou, pelo menos, foi grandemente facilitada) em consequência da evolução que se tem verificado no modelo tradicional da família.

Especialmente importantes foram os progressos científicos que conduziram à possibilidade de os casais regularem a própria fecundidade, o que levou a maior responsabilização da paternidade e da maternidade. Os casais passaram a ter menos filhos e deu-se a entrada crescente de mulheres no mercado de trabalho.

O uso generalizado dos métodos contraceptivos dissociou, por um lado, relacionamento sexual e procriação (o que se verifica também na RMA, facilitando portanto a sua aceitação) e diminuiu, por outro lado, algumas das consequências das relações extramatrimoniais, levando a uma atitude sexual mais permissiva, que disporá a sociedade para a aceitação da RMA com dadores, por exemplo.

Deve ser também dado relevo ao reacender da consciência dos direitos das mulheres. Os movimentos de mulheres que se têm pronunciado sobre a RMA exprimem um forte receio da medicalização excessiva das funções reprodutivas de que a mulher é sujeito inalienável e fazem-se eco de numerosos testemunhos do sofrimento das mulheres que se submeteram à RMA.

Deve ter-se ainda em conta a influência crescente dos meios audiovisuais, ao abordarem temas de sexualidade e procriação, até então ignorados ou escamoteados, e veiculando mensagens informativas recheadas de perplexidades e contradições.

Apesar do acentuado grau das mudanças enunciadas, não parece lícito concluir, dos elementos anteriormente referidos, que os actuais padrões da família se encontrem radical e definitivamente alterados em Portugal. Encontramo-nos, neste domínio como em outros, numa época de transição em que o velho e o novo coabitam. Assim como existem casais que desejam ardentemente ter filhos, outros há que o não desejam. E, num mesmo casal, nem sempre a atitude perante o facto é coincidente. Há casais em que é o homem que mais deseja o filho, por vezes para «provar» a sua virilidade; em outros casais, a ansiedade pelo filho vem da mulher, que reflecte inconscientemente a convicção, ainda dominante na sociedade, de que a justificação da existência da mulher se encontra na sua fertilidade.

O rápido desenvolvimento e sucesso da nossa era tecnológica, que progressivamente vai estendendo o domínio do artificial a todas as áreas da vida humana, torna mais fácil a aceitação social de novas técnicas aplicadas à área da reprodução. Em particular, a aceitação generalizada e pacífica da dação de sangue e da dação de cada vez mais tecidos e órgãos para transplante permite encarar com maior naturalidade a dação de gâmetas, sem que se atente, à primeira vista, na diferença essencial que esta última comporta, relativamente àquelas tecnologias.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

2 – Enquadramento legal

Alguns instrumentos legais produzidos depois de 1975 podem ser considerados índices das transformações operadas em Portugal. Deles, merecem ser postos em relevo: a alteração do artigo XXIV da Concordata, que passa a permitir o divórcio civil aos casados na Igreja Católica⁹; o Decreto-Lei n.º 261/75, de 27 de Maio, que revoga a disposição que não permitia o divórcio civil aos casados na Igreja (artigo 1.º), instituindo o divórcio por mútuo consentimento (artigo 2.º) e introduzindo nova redacção no artigo 1793.º do Código Civil.

O conseqüente aumento de divórcios veio tornar mais frequente a situação de filhos que vivem só com um dos pais, ou que são educados por um pai ou uma mãe social, não correspondendo aos seus progenitores biológicos. Estas situações facilitam a aceitação da dissociação entre paternidade ou maternidade biológicas e sociais, que se verificam na RMA com dados e no recurso à maternidade de substituição.

Importantes foram também a Constituição de 1976, ao estabelecer a igualdade de direitos entre homens e mulheres em todos os domínios, e a entrada em vigor, em 1978, da forma revista do Código Civil, que, quanto ao direito da família, determina: a mulher deixa de ter situação de dependência para ter estatuto de igualdade com o homem, desaparece a figura de «chefe de família»; o governo doméstico deixa de pertencer à mulher; deixa também de haver poder marital, dirigindo ambos os cônjuges a vida comum e cada um a sua; estes decidem em comum qual a residência do casal; marido e mulher podem acrescentar ou não ao seu nome, no momento do casamento, até dois apelidos do outro; cada um dos cônjuges pode exercer qualquer profissão ou actividade sem o consentimento do outro.

O Código Penal, de 1982, já não pode ignorar as novas tecnologias e dispõe, no seu artigo 214.º, que aquele que procede à inseminação artificial de uma mulher sem o consentimento desta é passível de penas de prisão de um a cinco anos, estando o procedimento criminal dependente da queixa da mulher lesada.

A Lei n.º 3/84, de 24 de Março (educação sexual e planeamento familiar) vai mais longe e, no seu artigo 9.º, estabelece que o Estado deve promover e proporcionar o estudo e o tratamento de situações de esterilidade e aprofundar quer o estudo quer a prática da inseminação artificial como forma de suprimento da infertilidade.

Mencione-se ainda a Lei n.º 4/84, de 5 de Abril (protecção da maternidade e paternidade), e a Lei n.º 6/84, de 11 de Maio (interrupção voluntária da gravidez).

3 – Indicadores demográficos

Várias das alterações referidas, com relevo para a RMA, poderão talvez aferir-se através de alguns indicadores demográficos entre 1975 e 1990, retirados de estatísticas publicadas¹⁰.

Os valores da taxa de nupcialidade em Portugal nos anos de 1975, 1980, 1985 e 1989 foram, respectivamente, 10,9‰, 7,3 ‰, 8,7‰ e 7,1‰. Esta baixa global da taxa de nupcialidade contrasta com o aumento percentual de crianças nascidas fora do casamento. Dos nados-vivos em 1975, 1980, 1985 e 1990, a percentagem dos que nasceram fora do casamento foi, respectivamente, de 7,2%, 9,2%, 12,3% e 14,7%.

A taxa de divórcio em 1975, 1980, 1985 e 1989 foi, respectivamente, de 0,2‰, 0,6‰, 0,8‰ e 0,9‰. Este aumento do número de divórcios torna mais comum, como já se indicou, a situação de filhos com pai ou mãe social distinto do biológico.

A taxa de natalidade em 1975, 1980, 1985 e 1989 foi, respectivamente, de 19,1‰, 16‰, 12,8‰ e 11,5‰. O número médio de crianças por mulher foi, em 1980, 1985 e 1988, respectivamente, de 2,2, 1,7 e 1,5. Em 1990, 51,5% dos nados-vivos eram primogénitos. A esta baixa global de natalidade atribui-se, por vezes, a maior dificuldade de acesso à adopção.

A média etária da mulher por ocasião do nascimento do primeiro filho foi, em 1980 e 1988, respectivamente, de 23,6 e 24,3 anos, havendo indicações de que esta média continua a subir.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

Este aumento é um factor determinante da instalação de certas causas de infertilidade, além de encurtar o tempo útil de procriação com ovócitos próprios.

Estes e outros dados sugerem que se têm verificado, na família, em Portugal, alterações que facilitam a aceitação da RMA.

Reciprocamente, a generalização das técnicas de RMA poderá ser mais um factor a influir na evolução da estrutura da família nas direcções já indicadas. Por exemplo, se a dação de gâmetas e a maternidade de substituição se tornarem práticas comuns, seremos levados a considerar paternidade e maternidade como conceitos primariamente sociais e só secundariamente biológicos. A nossa lei civil, no que se refere à impugnação da paternidade, já parece privilegiar, por vezes, a paternidade sociológica em detrimento da paternidade biológica, como sucede, por exemplo, no § 3.º do artigo 1839.º do Código Civil. Neste caso, o marido que dê o seu consentimento na inseminação, vê-se impossibilitado de impugnar a paternidade com esse fundamento, admitindo assim a dissociação entre pai e procriador. Esta profunda alteração poderá vir a afectar a percepção do corpo e da sexualidade.

4 – Prática da RMA

A avaliação estatística da prática de RMA é difícil porque, mesmo quando existem registos nacionais, eles usam parâmetros diferentes que não permitem a compatibilização dos resultados. Apenas se podem adiantar alguns dados, como os seguintes ²:

Nos Estados Unidos, já se verificaram 500 000 nascimentos por IA (isto nos últimos 10 anos) e 4 000 nascimentos pela FIVETE. Em França, nasceram cerca de 25 000 crianças (desde 1973) por IA heteróloga e cerca de 10 000 (desde 1982) por FIVETE. O ritmo actual de nascimentos em França é, para a IA heteróloga, de cerca de 2 000 por ano, e para a FIVETE (homóloga em 95% dos casos) de 2 500 por ano;

No ano de 1988, o número de punções (para recolha de ovócitos) foi, de acordo com os registos nacionais, o seguinte: 7 930 na Austrália; 12 972 em França; 13 647 nos EUA; 8 514 no Reino Unido.

O levantamento do panorama das tecnologias de RMA em Portugal é uma operação simultaneamente complexa e simples. Complexa, porque apesar da existência de disposição legal obrigando ao recenseamento e comprovação da idoneidade dos centros a ela dedicados (Decreto-Lei n.º 319/86, de 25 de Setembro), a não publicação de regulamentação ulterior inviabilizou o reconhecimento oficial do actual panorama português. Existem assim instituições e centros que, vivendo embora numa situação de semi-clandestinidade por força do vazio legal existente, têm assumido pública e frontalmente a prática de certas técnicas ainda não aprovadas por lei. Desconhece-se em absoluto qual a situação real da prática eventual (essa totalmente clandestina), em consultórios privados, de actos medicamente simples e não requerendo a actuação de equipas muito numerosas ou diferenciadas, nem de procedimentos sofisticados, como é o caso da IA.

A simplicidade da análise advém do reduzido número de centros e/ou equipas que assumidamente praticam alguma ou algumas das tecnologias de RMA.

Curiosamente, nenhuma das unidades em funcionamento executa a globalidade dos procedimentos diversificados, actualmente exequíveis em Portugal; têm em comum todos estes processos o recurso mais ou menos profundo e/ou alargado do laboratório para a viabilização do processo reprodutivo. Consequentemente, existirá sempre num determinado momento uma manipulação extracorporal de gâmetas, zigotos ou embriões.

Há necessidade de distinguir numa primeira fase os casos em que se pratica dação de gâmetas, mais concretamente e tanto quanto nos é dado saber, em Portugal, utilização de esperma de dador. Reconhecidamente, um centro privado em Lisboa e um centro público com extensão privada no Porto vêm desde há alguns anos praticando inseminações heterólogas com



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

esperma congelado. Contudo, por lhes faltar a estrutura organizativa universalmente exigível para tal, não deve aplicar-se a esses centros a designação de bancos de esperma.

Os dois mais antigos centros de RMA do país nasceram em Lisboa (Hospital de Santa Maria) e em Coimbra (Hospitais da Universidade) e praticam regularmente fertilização *in vitro* intraconjugal com transferência de embriões, nas suas diferentes modalidades. Enquanto o centro de Lisboa admite a existência de embriões excedentários, o de Coimbra recusa a sua criação e dedica-se preferencialmente à transferência intratubária de gâmetas. Posteriormente, surgiu mais um centro em Lisboa (Maternidade do Dr. Alfredo da Costa) que, admitindo a existência de embriões excedentários, procede ao seu congelamento desde há cerca de dois anos. Ainda em Lisboa, funciona um centro de natureza privada sob responsabilidade do médico que dirige a equipa do Hospital de Santa Maria, pelo que os critérios adoptados do ponto de vista ético são idênticos aos verificados nesse hospital.

No Norte do País existem dois centros, um no Porto (Faculdade de Medicina/Hospital de São João) e outro em Gaia (Centro Hospitalar) com critérios médicos e éticos semelhantes, respectivamente, aos dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Hospital de Santa Maria. Em Portugal os únicos resultados globais conhecidos foram apresentados no *World Collaborative Report* no âmbito do *7th World Congress on In Vitro Fertilization and Assisted Procreation* (1991), e referem-se ao ano de 1989. Traduzem a actividade de dois dos três centros então em funcionamento e que responderam ao inquérito realizado. Nesse ano tinham sido efectuados 271 ciclos de tratamento, que deram origem a 51 gravidezes clínicas e ao nascimento de 62 crianças; desde o início da FIVETE e até esse momento tinham nascido 117 crianças.

IV – REFLEXÃO ÉTICA

1 – Fundamentação ética e princípios gerais

Este Conselho pretende desenvolver uma reflexão ética que, por um lado, seja partilhada por todos os cidadãos da nossa sociedade pluralista, mas que, por outro, não se limite a um pragmatismo ético, a uma deontologia sem fundamentação crítica, ou à aceitação passiva de práticas ou posições comumente defendidas no nosso ou noutros países.

Nesta perspectiva, o Conselho pensa que a fundamentação ética deve apoiar-se num conceito de natureza humana, sem limitar esta à vertente puramente biológica, nem a alargar indevidamente, a ponto de não a distinguir da natureza não humana. Pertencem à natureza do ser humano as dimensões de racionalidade, de temporalidade, de historicidade, de finalidade em si e de liberdade, que fazem dele um ente em permanente desenvolvimento, na procura da realização de si próprio, com a possibilidade de recorrer às ajudas externas, bem como às intervenções médicas que não contrariem essencialmente a sua natureza, assim entendida.

Nesse sentido, é ético o comportamento que visa, promove ou respeita a realização de si próprio, na relação constitutiva com e para os outros, no quadro de instituições justas.

Essa necessidade ética de auto-realização pessoal e social (que se revela na consciência do direito e da responsabilidade de cada pessoa na construção da vida, própria e dos outros) exige a liberdade necessária para o seu pleno exercício. Essa liberdade obriga a que nenhuma pessoa seja usada como meio ou instrumento, para o que quer que seja. Cada pessoa humana deve ser tratada como um fim em si mesma, o que não sucederia caso a opção pelos filhos estivesse unicamente em função dos pais.

O reconhecimento deste valor não instrumental de cada pessoa é uma importante conquista da nossa civilização e tem sido proclamado numa variedade de formas: a abolição de todo o tipo de escravatura (incluindo a de crianças); a declaração universal dos direitos humanos e das liberdades fundamentais; o reconhecimento do direito à objecção de consciência e à liberdade religiosa, etc.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

Liberdade ética não significa escolha arbitrária, permissividade ou relativismo moral. Significa, sim, a possibilidade de realização de todas as potencialidades da pessoa humana. Nesse sentido, a liberdade ética não se refere somente à ausência de coacção externa, mas exige também a libertação de pressões interiores, desde as que provêm de interesses científicos, económicos ou políticos até às que se baseiam em preconceitos culturais ou positivismo religiosos não livremente integrados. Exige igualmente a libertação interior de bens menores, vícios ou egoísmos autodestrutivos, assim como de absolutismos económicos ou hedonistas.

Encarada deste modo, a liberdade ética permite conciliar o direito da futura mãe à autodeterminação e o respeito pelos direitos e interesses do filho, tal como indica o preâmbulo da resolução sobre fertilização *in vitro* e *in vivo* do Parlamento Europeu:

*[. . .] o critério base que permite regulamentar a matéria em questão é o direito da mãe à auto determinação e o seu respeito pelos direitos e interesses do filho, que se poderão resumir ao direito à vida e à integridade física, psicológica e existencial, ao direito à família, ao cuidado dos progenitores e a crescer num ambiente familiar idóneo, e ao direito a uma identidade genética e psicológica*⁵.

Por estar baseada na racionalidade humana, esta liberdade ética corresponde à verdade da acção e, por isso, implica também a aceitação de si mesmo, em toda a verdadeira autenticidade das limitações e especificidades próprias.

2 – Aplicação dos princípios éticos às técnicas de RMA

a) A não instrumentalização da pessoa humana

Este princípio, aplicado à própria existência de novas vidas, colide com o facto de originar seres humanos em função dos pais, eventualmente até para resolver os problemas destes, quaisquer que eles sejam, e exige que a vida de cada indivíduo resulte de uma decisão de amor.

A questão que se põe aqui é a de saber se tal decisão se exprime exclusivamente pelo acto conjugal, ou se pode também expressar-se pela mediação das técnicas de RMA, apesar de elas implicarem a dissociação entre acto sexual e procriação, bem como entre o acto sexual e a recolha de esperma por masturbação.

Não será inútil salientar a harmonia que deve existir entre relação afectiva e acto procriativo, bem como recordar que a relação afectiva e erótica, encarada na sua duração, é o contexto que dá sentido à relação sexual, tomada como acto mais pontual. A relação procriativa, fora deste contexto, contém perigos que não se devem subestimar.

A mesma consideração, contudo, pode ser abordada na base de uma análise de acção em geral e do acto sexual em particular. Em nosso parecer, o conceito de acto humano deve ser entendido, não de modo pontual mas englobante, como o conjunto dos segmentos ou partes de uma acção significativa única. Ou seja, se qualquer acto verdadeiramente humano nunca é algo de puramente físico, mas incorpora sempre um *sentido*, é também este sentido que, sendo *unificado*, constitui em acto *único* os segmentos ou partes em que esse acto se deixa decompor.

O conjunto do acto sexual e das intervenções da RMA pode considerar-se como integrado numa acção significativa única de amor do casal. Consequentemente, é o amor, tendencialmente procriador, de um casal infértil o acto que estabelece a unidade entre a sua vida conjugal e as técnicas de RMA a que ele se submete. Poder-se-ia dizer até que as próprias dificuldades físicas e psicológicas dessas técnicas constituem uma prova de amor recíproco do casal e prova de amor para com o nascituro.

Assim, a tecnologia da RMA fica inserida no amor conjugal que a motivou e conotada por ele, permitindo que o amor do casal adquira a expressão procriativa que é significada, ainda que ineficazmente nos casais inférteis, pelo acto sexual. Por tal ligação de expressividade à vida sexual do casal, a RMA adquire, em relação a esta, um carácter não alternativo mas completo.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

Mas, porque a dissociação entre acto sexual e procriação não corresponde à situação ideal, as técnicas de RMA são consideradas como de último recurso. A hipótese da sua utilização só é de encarar quando se esgotaram as possibilidades de outras terapias.

Nessas condições, a RMA fica inserida no amor conjugal que a motivou e é conotada por ele, não podendo ser acusada de constituir instrumentalização do processo reprodutivo. Diferente é a situação das mães de substituição, em que há instrumentalização da mulher (que fica como que reduzida a uma máquina de gestação), o mesmo se podendo dizer dos dadores de gâmetas.

Por outro lado, a mencionada motivação de verdadeiro amor para com o nascituro implica que se lhe assegurem as condições indispensáveis a um desenvolvimento equilibrado, como a de um ambiente harmónico e estável, com a presença actuante de pai e mãe.

b) A liberdade ética

Este princípio, anteriormente enunciado, exige que os casais candidatos à RMA sejam devidamente informados, por centros médicos idóneos, não só acerca das diferentes modalidades técnicas oferecidas no estado actual da ciência e dos múltiplos aspectos atinentes a cada uma delas, mas também acerca das opções sociais (adopção, iniciativas assistenciais) para superação da infertilidade. Deste modo, a sua decisão poderá ser esclarecidamente livre.

Se todo o acto médico exige o consentimento informado, essa exigência é tanto maior quanto mais nos aproximamos do domínio da sexualidade. Por um lado, imperam neste domínio tabús ancestrais que atravessam toda a sociedade. Por outro lado, as teorias psicológicas contemporâneas propuseram interpretações susceptíveis de projectar uma luz maior sobre a sexualidade e sobre a sua repercussão no desenvolvimento da liberdade da pessoa humana.

A globalidade da pessoa não se esgota na sua expressão física. A pessoa humana é uma unidade indissociável de expressão física e psíquica. É uma consciência que vai gradualmente emergindo, ao longo da vida, de um inconsciente tecido por todas as experiências vividas pelo ente humano desde a sua concepção.

Essa unidade indissociável de expressão física e psíquica seria violada – tanto no que diz respeito às mães como aos filhos – se o processo reprodutivo apenas tivesse em linha de conta as componentes tecnológicas, sem alertar para as opções sociais possíveis em face da infertilidade nem cumprir um intenso acompanhamento psicológico da casal.

Note-se, no entanto, que o casal não substitui a pessoa na sua singularidade e na sua capacidade exclusiva de decidir de acordo com a sua consciência. A decisão livre do casal provém da convergência e da harmonização de duas decisões livres, em que tem particular relevância a decisão da mulher, visto ser ela o primeiro sujeito do processo reprodutivo e a principal afectada pelas técnicas de RMA. As mulheres têm o direito e a responsabilidade de decidirem, por si próprias e de acordo com as suas circunstâncias, as opções reprodutivas que querem seguir.

Todos os intervenientes no processo devem ajudar as mulheres e os casais para que possam adquirir a liberdade interior imprescindível para tomar essa decisão livre. A ânsia obsessiva de querer um filho «a todo o custo», assim como as mentalidades eivadas de narcisismo ou egoísmo podem tirar ao casal a necessária liberdade de espírito, além de poderem projectar sobre o nascituro uma carga instrumentalizante e objectal que ofende o seu direito à liberdade.

Na sequência de se reclamar o chamado «direito a ter filhos», virá eventualmente a reivindicar-se o «direito» a ter os filhos com as características que os pais ditarem. Se a tecnologia vier um dia a ter capacidade para produzir uma criança com as características que os pais encomendem, será difícil que, mais tarde, pais e filhos se confrontem numa autêntica alteridade de liberdades. A tendência será, com efeito, a de os pais olharem para os filhos como para o produto que encomendaram, instrumentalizando-os, e que os filhos acusem os pais por eventuais características com que não se identificam.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

3 – Conclusões gerais

a) O princípio da não instrumentalização da pessoa humana aplicado à utilização das técnicas de RMA leva-nos, assim, a concluir que essas técnicas:

- i) Não devem ser eticamente rejeitadas por motivo da dissociação que de facto estabelecem entre acto sexual e procriação;
- ii) Não constituem um método alternativo à reprodução natural e só devem ser utilizadas quando não for possível, por outros meios, o tratamento da infertilidade;
- iii) Devem aplicar-se exclusivamente a casais heterossexuais com garantias de estabilidade (legalmente constituídos ou não) e de condições adequadas para o completo e harmónico desenvolvimento do nascituro, ficando excluídas as situações em que ele viesse a ter só mãe ou só pai, quer por inseminação *post mortem*, quer por procriação de uma mulher isolada (sem ligação, nem de direito nem de facto, a um homem) ou de um homem isolado (por recurso a mãe de substituição);
- iv) Devem excluir o recurso a mães de substituição, quer estas contribuam ou não com os seus ovócitos;
- v) Devem igualmente excluir outras formas de instrumentalização do processo reprodutivo, como a criação de embriões só para fins de investigação, a criação de seres humanos geneticamente idênticos por clonagem ou outros meios, a transferência de embriões humanos para o útero em outras espécies, e a fusão interespecífica de gâmetas ou embriões.

b) O princípio da liberdade ética aplicado aos problemas em análise leva-nos, ainda, a concluir que:

- i) As técnicas de RMA devem praticar-se em centros de reconhecida idoneidade, submetidos periodicamente à avaliação de qualidade;
- ii) As perspectivas de êxito devem ser de molde a justificar o recurso a estas técnicas;
- iii) Os centros devem certificar-se de que os beneficiários estão totalmente esclarecidos sobre os riscos e benefícios das técnicas de RMA com relação a eles próprios e à sua eventual descendência, bem como sobre outras implicações médicas, jurídicas, sociais e éticas ligadas a essas técnicas e de que deram o seu consentimento, em condições de autêntica liberdade, de forma expressa e por escrito;
- iv) Os centros devem fazer o acompanhamento psicológico do homem e da mulher que desejam recorrer à RMA. O mesmo acompanhamento se deve prolongar durante todas as fases da RMA.

4 – Algumas questões específicas

a) RMA heteróloga

A aplicação, à reprodução com dadores, dos princípios anteriormente expostos, que este Conselho perflha, leva-nos a algumas conclusões complementares.

Considerando que os gâmetas transportam genes que são determinantes específicos da identidade da pessoa nascituro, a RMA heteróloga implica:



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

i) Com relação ao dador:

A sua instrumentalização, reduzindo-o a um produtor de gâmetas;
A negação da sua auto-realização procriativa na linha da liberdade ética, transmitindo vida desresponsabilizado de um projecto parental e de um contexto familiar;

ii) Com relação ao casal beneficiário:

Quebra da ligação entre a realidade sexual do casal e a sua expressão procriativa;
Quebra da unidade procriativa do casal pela intromissão de um elemento fundamental (portador de determinantes genéticos da pessoa vindoura) que lhe é estranho;
Assimetria no projecto conjunto do casal;
Transmissão de vida que, em 50% dos genes, não é própria mas alheia;

iii) Com relação ao nascituro:

Privação das relações filiais com o seu progenitor (a que tem direito), desinserindo-o das suas raízes genéticas;
Possíveis consequências da dissociação da paternidade (ou maternidade) genética e social.

Acresce ainda a questão do possível direito da criança a conhecer a identidade do seu progenitor. À medida que o reconhecimento de tal direito vai ganhando terreno num número crescente de países, torna-se impraticável o anonimato dos dadores, o que retira à dação de gâmetas o carácter despersonalizado e reificado com que ela se tinha apresentado e põe mais em evidência a sua verdadeira natureza. Nessas condições já muitos deixam de defender a reprodução com dadores.

No entanto, a reprodução heteróloga entrou nos costumes de muitas sociedades de uma forma discreta (e, nalguns casos, até clandestina) e foi-se generalizando de forma mimética e acrítica, sem que se tivesse deixado lugar para a reflexão independente e esclarecida a que uma sociedade livre tem direito.

A favor da RMA heteróloga não se evocam argumentos que pretendam refutar as objecções mencionadas, nem se dão outras razões além da operacionalidade: é tecnicamente possível e parece satisfazer os desejos de certos casais inférteis.

Mas este Conselho defende que nem tudo o que é tecnicamente possível é necessariamente desejável para a vida e para a dignidade humana. E a crescente procura de reprodução heteróloga não pode considerar-se como argumento válido a seu favor, já que a maioria desses casais, num desejo exacerbado de terem o filho pretendido, não têm espaço psicológico suficientemente liberto para debater com objectividade questões éticas e acabam por ser iludidos nas suas verdadeiras pretensões.

Por todos os motivos evocados e na fidelidade aos princípios de que partiu, este Conselho não pode considerar a RMA heteróloga como eticamente aceitável.

Também o Conselho Nacional de Deontologia Médica rejeitou por unanimidade a reprodução com dadores¹³; e a Resolução do Parlamento Europeu, em 1989, sobre fertilização artificial *in vivo e in vitro*⁵ declarou indesejáveis todas as formas de reprodução heteróloga. Vários países, depois de discussão mais aprofundada, começaram recentemente a restringir ou rejeitar a reprodução com dadores.

b) Embriões excedentários



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

Do ponto de vista ético, os embriões excedentários criam o mais grave dos problemas da FIVETE e ZIFT. Calcula-se que, só em França, existam actualmente 10 000 embriões excedentários congelados². Para muitos deles já não subsiste um projecto parental. Os destinos possíveis são: destruição, dação a um outro casal infértil ou uso para experiências de investigação não em seu benefício (ver II, 3).

Existe, a nível mundial, uma irreductível controvérsia sobre a liceidade destes destinos, baseada na diversidade de opiniões acerca do estatuto do embrião – tem ele, ou não, a mesma dignidade da pessoa humana plenamente desenvolvida? Merece, ou não, a mesma protecção e respeito?

Para uns, a dignidade da pessoa humana só se adquire gradualmente ao longo do processo que conduz do ovo ao indivíduo inteiramente formado. Para esses, o respeito e protecção devidos ao embrião antes da implantação são muito menores que os atribuídos à pessoa humana plenamente desenvolvida, o que torna eticamente aceitável, sob determinadas condições, a eliminação de embriões excedentários, a sua dação a outros casais inférteis ou o seu uso para investigações de comprovada importância científica. A lei britânica de 1990¹⁶, por exemplo, autoriza todas essas utilizações, assim como experiências em embriões produzidos expressa e exclusivamente para investigação científica, com finalidades que a mesma lei descreve.

Para outros, pelo contrário, o ovo e o embrião participam já da mesma dignidade da pessoa humana. Pela fecundação estabelece-se uma nova individualidade genética e destino humano que em seguida se irão simplesmente expressando em fases sucessivas e graduais de um processo contínuo, mas cujo dinamismo lhe vem e já estava contido no ovo. Para esses, entre os quais se encontra a Igreja Católica, os embriões merecem a mesma protecção e respeito que a pessoa humana plenamente desenvolvida. Um embrião excedentário que se abandona, ou se dá a outro casal, ou se submete a uma investigação que não é em seu favor, constitui um grave atentado à dignidade humana.

Enquanto esta controvérsia não for resolvida e subsistir a dúvida, tem aplicação, entretanto e sempre, o princípio ético que estabelece ser gravemente ilícito atentar contra uma entidade de que se duvida se, sim ou não, constitui um sujeito investido de plena dignidade humana.

Seguindo este princípio, o Conselho de modo nenhum considera eticamente aceitável que embriões excedentários sejam destruídos, dados a outros casais ou usados em investigações não em seu benefício.

Para o evitar, há apenas a solução de garantir que todos os embriões excedentários sejam, mais tarde, transferidos para a mulher que para eles contribuiu, ou, se se julga que essa garantia não é realista, impedir radicalmente a formação de embriões excedentários, não inseminando mais de três ou quatro ovócitos em cada ciclo (ver II, 3).

Para que esta solução seja viável, o número de ovócitos a inseminar deverá ser tal que não possibilite a formação de mais embriões excedentários do que aqueles a que o casal se tenha comprometido a vir a utilizar posteriormente. Se o casal não quiser firmar tal compromisso, ou se não existirem condições ou garantias consideradas suficientes para que esse compromisso venha a ser respeitado, ou se se julgar que ele é irrealista, resta apenas o procedimento de inseminar não mais de três ou quatro ovócitos.

É este último procedimento preconizado por uma recomendação do Parlamento Europeu de 1989⁵, a qual solicita que o número do ovócitos a inseminar não seja superior ao dos embriões que se podem transferir para a mulher num só ciclo e solicita aos governos e aos parlamentos dos Estados membros que considerem a inclusão na respectiva legislação de iniciativas conformes a este princípio. Aderindo a esta norma, a lei alemã de protecção dos embriões de 1990¹³ penaliza quem insemine ovócitos em número superior ao dos embriões que se podem transferir para a mulher num só ciclo. Muitas equipas no mundo e duas em Portugal seguem este procedimento, o qual estimulará ao progressos da investigação tendentes, como se indicou atrás (II, 4), a evitar a formação de embriões excedentários.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

c) Enquadramento social

O rápido desenvolvimento e diversificação de cada vez maior número de técnicas bio-médicas tem elevado de tal modo as despesas com a saúde que se calcula, para o ano 2000, que elas representem, nos Estados Unidos, 15% do PNB¹⁴. Prevê-se que os futuros aumentos se dêem a uma taxa superior à do crescimento do PNB, obrigando a sociedade a opções fundamentais.

Levanta-se então o delicado problema do justo equilíbrio entre direitos individuais e direitos colectivos. Se o parecer ético sobre técnicas de ponta não pode ignorar a questão da universalidade do direito aos cuidados de saúde, a questão do acesso às técnicas de RMA não deve ocultar a realidade social: a existência na sociedade portuguesa (para não falar no mundo) de milhares de crianças que são totalmente carecidas de ambiente e cuidados familiares. Aqui se aplica o princípio ético enunciado atrás (IV, 1) de que «a realização de si próprio, na relação constitutiva com e para os outros» se deve realizar «no quadro de instituições justas».

Ao nível da ética social, começa então a equacionar-se o problema da justa alocação de verbas para a saúde e do estabelecimento das suas prioridades. Nessa altura poderá pôr-se a questão de saber onde se situam as técnicas de RMA nessa gradação de prioridades.

Um recente relatório holandês da *Governmental Committee on Choices in Health Care*¹⁵ estabelece quatro critérios que devem definir os tratamentos básicos (*basic package*) a serem suportados pela segurança social. Esses critérios são: *i*) grau de necessidade dos cuidados de saúde em análise; *ii*) sua eficácia (percentagem de êxito); *iii*) sua eficiência (razão entre eficácia e custo), e *iv*) impossibilidade de que esses cuidados de saúde sejam economicamente suportados pelos próprios indivíduos. De acordo com esses critérios, a RMA não fica incluída no *basic package*. A principal razão aduzida para essa posição é a de que nem os interesses da comunidade nem as normas e valores da sociedade parecem justificar uma solidariedade compulsiva com a pretensão (que este relatório julga não ser um direito) dos casais inférteis de terem filhos por RMA.

O Conselho Nacional de Deontologia Médica também se pronunciou sobre este assunto em 1985, perante a perspectiva de criação de centros de RMA, e defendeu que «num país em que clamorosas necessidades e insuficiências na área da saúde esperam por soluções justas e adequadas, se considere como não prioritário o investimento exigido pela criação dos referidos centros»¹¹.

Além disso, a Organização Mundial de Saúde defende que as opções sociais e as opções médicas para a superação da infertilidade devem ter igual tratamento e análoga comparticipação social, o que nem sempre se tem verificado¹. Em muitos países em que todos ou boa parte dos custos da RMA são suportados pela segurança social, já não o são os custos da adopção, além de se verificarem maiores exigências na definição de infertilidade (e mais longas demoras) para a adopção do que para a RMA. Estes factos constituem uma injustiça social.

Note-se, no entanto, que qualquer resposta actualizada para o enquadramento social da 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 comparticipações sociais que deverão ser atribuídas a cada um dos vários tipos de intervenções médicas.

Lisboa, 10 de Fevereiro de 1993.

O Presidente do Conselho Nacional de Ética
para as Ciências da Vida,
Mário Raposo.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

BIBLIOGRAFIA

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Consultation on the Place of *in vitro* Fertilization in Infertility Care, Summary Report, EUR/ICP/MCH 122(s), Copenhagen, 1990.
2. NOËLLE LENOIR, *Aux frontières de la vie, Rapport au Premier Ministre*, tome I, p. 31. La Documentation Française, Paris, 1991.
3. CONSEIL DE L'EUROPE, *Procréation artificielle humaine*, ISBN 92-871-1675-X (1989).
4. U. BERTAZZONI, P. FASELLA, A. KLEPSCH, P. LANGE (eds.), *Human Embryos and Research – Proceeding of the European Bioethics Conference* (Mainz, 1988), Campus Verlag, Frankfurt/New York (1990).
5. PARLAMENTO EUROPEU, «Recomendação sobre os problemas éticos e jurídicos da manipulação genética», 16 de Março de 1989. «Recomendação sobre a fertilização artificial *in vivo* e *in vitro*», 16 de Março de 1989.
6. ASSEMBLEIA PARLAMENTAR DO CONSELHO DA EUROPA, «Recomendação 1046 sobre a utilização de embriões e fetos humanos para fins de diagnóstico, terapêuticos, científicos, industriais e comerciais» (1986).
7. R. P. MARRS, «*Ova and embryo cryopreservation*», in *Current Therapy of Infertility*, Garcz, Mastroianni, Amelca and Julir eds., B. C. Decker Inc. 289, 1988.
A.TROUSON, and L. FREEMAN, «*Role of Cryopreservation of Human Oocytes and Embryos in an IVF Program*», in *Progress in Infertility*, S. J. R. W. Belermann, R. W. Kistner, and G. W. Patton, eds., Little, Brown and Company, Boston, Toronto, 621, 1988.
8. *Fert. Steril.*, vol. 55, n.º 44, Abril de 1991, p. 682.
9. Protocolo Adicional, assinado no Vaticano em 15 de Fevereiro de 1975.
10. MARIA JOSÉ CARRILHO, Estatísticas Demográficas, INE. Inquérito do Emprego, INE. Estimativas de População Residente em 30 de Junho de 1988, e 31 de Dezº de 1988 segundo o Sexo, por Distrito e Regiões Autónomas. Instituto Nacional de Estatística, Novembro de 1991.
11. *Revista da Ordem dos Médicos*, n.º 7/86, pp. 10-12, Julho de 1986.
12. *Human fertilisation and Embryology Act 1990*, chapter 37.
13. «Gesetz zum Schutz von Embryonen», Bundesgesetzblatt, Teil I: 2746-2748 (1990).
14. DIVISION OF NATIONAL COST ESTIMATES, OFFICE OF THE ACTUARY, HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION, «National Health Expenditures, 1986-2000», Health Care Financing Review, 8 (4): 1-35, Summer, 1987.
15. GOVERNMENTAL COMMITTEE ON CHOICES IN HEALTH CARE, A Report. The Netherlands, 1992.



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

**DECLARAÇÃO DE VOTO
APRESENTADA PELO BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS,
DR. CARLOS ALBERTO SANTANA MAIA,
COM BASE NO PARECER DO
CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA E DEONTOLOGIA MÉDICA DA
ORDEM DOS MÉDICOS**

O relatório-parecer sobre reprodução medicamente assistida é um documento muito completo que merece ser referido com particular apreço.

Apresenta-se de dimensões adequadas à problemática que aborda, está muito bem estruturado e escrito numa linguagem clara e didáctica, sem fugir à terminologia técnico-científica indispensável à correcta compreensão dos problemas equacionados.

Nele se faz uma boa análise da realidade portuguesa, com referência objectiva aos vários centros médicos envolvidos nestas técnicas e citação das posições doutrinárias tomadas pelo Conselho Nacional e Deontologia Médica da Ordem dos Médicos (hoje Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica) sobre os temas em análise.

No capítulo «Reflexão ética» este relatório produz uma excelente análise dos variados problemas suscitados pela reprodução medicamente assistida (RMA) que vai referindo explicitamente e tomando sobre eles posições muito claras que se nos afiguram eticamente irrepreensíveis.



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

**DECLARAÇÃO DE VOTO
APRESENTADA PELO PROF. DOUTOR A. M. PEREIRA COELHO**

Introdução

Dissocio-me da versão final do texto do relatório-parecer sobre RMA.

Considero que esta versão foi elaborada de forma contrária à 7.^a versão, a mais legítima por ter sido aprovada na generalidade numa reunião com *quórum*.

Sucede que, como em devido tempo alertei, as alterações introduzidas posteriormente desvirtuaram consideravelmente o sentido do texto então aprovado, justamente nalguns pontos considerados essenciais.

Afigura-se-me particularmente criticável o facto de os mesmos fundamentos éticos servirem de base à elaboração de conclusões práticas tão diferentes, para não dizer divergentes, como são as apresentadas na 7.^a versão e na versão definitiva.

Questões específicas

a) RMA heteróloga

Entendemos que aquilo que pode ser válido para dação de esperma não é integralmente aplicável à dação de ovócitos.

Da parte da dadora e, até pelo que o gesto representa de sofrimento físico e generosidade, é de excluir a noção de instrumentalização e desresponsabilização, devendo pelo contrário tal gesto ser considerado como uma manifestação de profunda solidariedade humana e social.

A unidade procriativa do casal não é afectada, devido à participação feminina na gestação, propiciadora de uma intensa ligação orgânica e afectiva ao novo ser.

Quanto a este, existirá sempre uma ligação privilegiada aos seus progenitores, de índole genética por um lado e vivencial pelo outro.

c) Embriões excedentários

Consideramos pouco coerente a posição do Conselho ao aceitar a legitimidade da dúvida quanto ao estatuto do embrião e no mesmo texto conferir-lhe logo de seguida, realmente, o estatuto de um sujeito de plena dignidade humana.

A atitude prática preconizada, aceitável relativamente a indicações como as esterilidades tubárias, vai comprometer consideravelmente, para não dizer de uma forma quase absoluta, o recurso à RMA nos casos de factores masculinos e esterilidades idiopáticas. – *A. M. Pereira Coelho*.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

**DECLARAÇÃO DE VOTO
DA DR.^A MARIA IVONE DE FREITAS LEAL**

Relativamente ao parecer sobre *reprodução medicamente assistida* aprovado no dia 20 de Janeiro por todos os Srs. Conselheiros/as presentes e com o qual estou completamente de acordo, desejo apresentar uma declaração de voto para realçar alguns aspectos.

Quero registar, em primeiro lugar, o meu apreço pela estrutura do documento, e a precisão e clareza do tratamento dadas a cada um dos itens tratados.

Em segundo lugar, o aprofundamento da reflexão feita sobre os problemas éticos que a RMA pôs à consciência de todos os Srs. Conselheiros/as e que se deseja sejam também avaliados por círculos cada vez mais vastos da sociedade civil. É este aprofundamento que explica a demora no processo de elaboração do parecer-relatório que foi decorrendo com a ponderação que um tema de tal complexidade exige; pelo mesmo motivo, 11 versões do documento foram sendo cuidadosamente aperfeiçoadas, até se chegar à definitivamente aprovada.

Em terceiro lugar, é-me particularmente grato ter-se verificado:

Que no Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida não existe, relativamente aos avanços da ciência e tecnologia médicas e suas aplicações, um divórcio entre a visão científica e a visão ética – mais global e globalizante – que valoriza, antes de mais, a dignidade humana;

Que o documento assinale «que os cuidados relativos à fertilidade compreendem programas de prevenção, opções sociais e opções médicas»;

Que chame a atenção para os múltiplos factores, nomeadamente emocionais, que podem estar na origem de «infertilidades de causa inexplicada»;

E que aponte a *urgência* «de investigar estas e outras causas evitáveis de infertilidade e desenvolver largamente programas de prevenção, de educação para a saúde e para a sexualidade e serviços de aconselhamento da população».

Finalmente quero deixar expressas as minhas homenagens ao ilustre relator do documento, pela inteligência, sabedoria, modéstia e paciência que evidenciou no difícil trabalho de aceitar e integrar, num texto que resultou coeso, todas as sugestões e correcções que os Srs. Conselheiros/as foram sucessivamente apresentando. – *Maria Ivone de Freitas Leal*.