

ASPECTOS NEGATIVOS DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Genival Veloso de França¹

Fecha de publicación: 01/10/2018

Além das recomendações trazidas pela Resolução CFM nº 2.168/2017, devem-se levar em conta as seguintes considerações:

1. *Elevada mortalidade de embriões.* Pelas técnicas de reprodução assistida disponíveis atualmente, ainda se registra uma cifra muito elevada de embriões sacrificados. Justificam esta elevada mortalidade pelo fato de as técnicas serem incipientes e amenizam tal situação insinuando que no processo natural também ocorrem essas perdas. É claro que tal desculpa não convence, pois elas têm a responsabilidade humana.

2. *Sobra de embriões.* Essa talvez seja a questão mais delicada das técnicas de fertilização *in vitro*. Na Espanha, a legislação permite o congelamento de embriões durante 5 anos e depois deste prazo obriga sua destruição. Em outros países, sentenças judiciais vêm sendo dadas, ora em favor da manutenção e doação, ora pelo simples descarte. O grande problema está nos casos de separação ou divórcio, mas a tendência por novas implantações ou descarte tem sido em respeito à vontade das mães. Muitos entendem que um pré-embrião no estágio de oito células sem desenvolvimento da placa neural não pode ser considerado um ser humano. No entanto, outros com muito mais razão acham que o ser humano não é apenas uma questão de quantidade, mas, e muito mais, uma questão de valor. É claro que não se pode manter a guarda dos embriões criopreservados por tempo indeterminado. Todavia há de encontrar uma

¹ Da Academia Nacional de Medicina Legal
gvfranca@uol.com.br

fórmula capaz de atender aos imperativos das novas técnicas de fertilização e, ao mesmo tempo, manter o respeito pela dignidade humana. Uma das propostas seria a *adoção* de pré-embriões, e não a simples doação.

3. *Uso de embriões na pesquisa.* Se não houver uma política correta no sentido de proteger os pré-embriões criopreservados, certamente eles irão cair nas mãos dos especuladores em programas de experiências e manipulação genética de embriões humanos. Muitos já disseram ser o programa de fertilização apenas uma cortina de fumaça para encobrir os verdadeiros interesses da experimentação em projetos de genética humana, sem os problemas éticos e jurídicos. O grande risco é essa ciência sem limite. Já se anuncia a produção de embriões hermafroditas.

4. *Relação de filiação.* Numa reprodução assistida o filho não é mais o resultado da união dos pais como expressão do amor do homem e da mulher; é tão só a manipulação de gametos. Pode até ser um direito dos pais, mas será que isto justifica ao filho uma forma digna de nascer? Infelizmente começamos a viver a fase da “medicina do desejo”, já manifestada desde a época em que se decidiu quem, quando, onde e como deve nascer alguém. Agora surge a entrada dos “filhos muito desejados” e a técnica se alia a essas ansiosas paternidades, como enfatiza Lopez Moratalla (*Deontologia Biológica*, Pamplona: Faculdade de Ciencias de la Universidad de Navarra, 1987).

5. *Manipulação genética.* Com o advento do Projeto Genoma Humano, que pretende identificar e sequenciar os cem mil genes humanos, acredita-se que será um pretexto para alguns pesquisadores utilizar-se da engenharia genética para manipular principalmente as células germinativas humanas. Isso não quer dizer que a humanidade não esteja necessitando dos resultados daquele projeto, no sentido de solucionar algumas doenças hereditárias. O risco está em utilizarem-se os embriões humanos na tentativa de se criar um hipotético progresso genético.

Além destes aspectos manifestamente negativos, há aqueles que levantam certas dúvidas na prática da reprodução assistida. Vejamos:

1. *O tempo de congelamento dos embriões.* Entre nós não existe nenhuma norma, ética ou jurídica, que discipline o tempo pelo qual possa ser mantido o embrião humano para fins de implantação futura. A dúvida que se impõe é a seguinte: até quando ele pode ser guardado? A Comissão Warnock admite um prazo de conservação de 10 anos, propondo, inclusive para a progenitura, a data e a hora do nascimento, e não a data da fecundação (ver Declaração de Bali, sobre “*Aspectos éticos da redução*”).

embrionária”, adotada pela 47.^a Assembleia Geral da AMM, em outubro de 1995, na Indonésia).

2. *A condição jurídica do embrião congelado.* O embrião fecundado *in vitro* teria a mesma tutela legal assegurada no Código Civil brasileiro ao *nascituro*? Ou seja, teria ele a mesma proteção do embrião fecundado *in vivo*? Como se sabe, o nascituro, mesmo sem ter adquirido a qualidade de *pessoa*, é detentor de direitos, levando em conta que ele tem personalidade especial ou provisória. Por isso não se pode considerar como proposta absurda ser-lhe dispensada tutela jurídica. Acreditamos que o embrião fecundado *in vitro* e congelado, no futuro, deverá merecer esta proteção, dentro do que poderíamos chamar de “Estatuto Jurídico do Feto e do Embrião”.

3. *Fertilização após a morte do marido.* Hoje, entre nós, com a vigência do novo Código Civil, presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos: I – havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido; II – havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga. Outros, como no caso do Conselho da Europa, proíbem a inseminação *post mortem*, a não ser que definam previamente quais os direitos dos nascidos na continuidade deste processo.

4. *A natureza jurídica da obrigação médica na RA.* Entendemos que o médico tenha com a paciente uma obrigação de meios e não de resultado, no emprego destas técnicas, quando provado que ele usou de todos os recursos procedentes e dos cuidados que se exigem em tais situações. Todavia, tal entendimento não lhe tira a obrigação de responder civilmente por erros em que fique patente ter ele faltado com os deveres de vigilância, de abstenção de abusos e de qualificação específica nesta atividade profissional. Indaga-se muito se o médico é responsável pela não compatibilização de algumas características da criança, como cor dos cabelos e dos olhos. Alguns acham que sim, desde que o médico tenha se obrigado a isto. No entanto, o fato mais delicado da questão é quando da reprodução assistida de um casal branco advenha o nascimento de uma criança negra, por exemplo. Acredito, neste particular, que não há responsabilidade a apurar. É difícil admitir-se que alguém se sinta lesado pelo nascimento de uma criança de raça diferente da sua. Não há nenhum dano biológico, nenhuma doença grave, nenhum defeito congênito. Diferente, no entanto, seria se das técnicas usadas resultasse o nascimento de uma criança doente, cujo mal fosse procedente do material do doador e evitado através de exames específicos. Assim, é da obrigação do médico a

seleção das partes, a escolha do material genético, assim como sua implantação, conservação, diagnóstico e cuidados pré-natais.

5. *Comercialização de sêmen, óvulos e embriões, e aluguel do útero.* Por mais que as aparências neguem, sabe-se que existe a comercialização do sêmen, óvulos e embriões, e que nem sempre a cessão do útero para a fertilização heteróloga é simplesmente altruística. Inúmeras são as legislações no mundo inteiro que proíbem tais expedientes, mas dificilmente tem-se como controlar as relações entre receptores e os doadores. A Resolução CFM n.º 2.013/2013 que estabelece as normas éticas sobre reprodução assistida, recomenda que a doação “nunca deverá ter caráter lucrativo e comercial” e que as doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros num parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima), em todos os casos respeitada a idade-limite de até 50 anos. sendo os demais casos sujeitos à autorização dos Conselhos Regionais de Medicina, exatamente para evitar os interesses comercial e lucrativo.